

Acesta este actul compus (forma care include modificarile pe text) creat la data de 14 iulie 2022

M.Of.Nr.633 din 28 iunie 2021

Vezi: - Norme metodologice din [OAP 1068/2021](#)
- [REGULAMENT-CADRU din OAP 1069/2021](#)
- [ORDIN 758/2022](#) privind aprobarea Normelor proprii de aplicare

NOTA ETO: - In tot cuprinsul Hotararii Guvernului [nr. 696/2021](#), sintagma „dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive” se inlocuieste cu sintagma „dispozitive medicale”.

Modificat de art.II din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

HOTARARE NR. 696

pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului

de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2021-2022

Modificat de art.I pct.1 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

In temeiul [art. 108](#) din Constitutia Romaniei, republicata, al art. 221 alin. (1) lit. c) si d) si al art. 229 alin. (2) din Legea [nr. 95/2006](#) privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare,

Guvernul Romaniei adopta prezenta hotarare.

Art. 1. - (1) Se aproba pachetele de servicii medicale, respectiv pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, acordate pentru perioada 2021-2022, prevazute in anexa nr. 1.

(2) Se aproba Contractul-cadru care reglementeaza conditiile

acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2021-2022, prevazut in anexa nr. 2.

Art. 2. - Anexele nr. 1 si 2 fac parte integranta din prezenta hotarare.

Art. 3. - La data intrarii in vigoare a prezentei hotarari, Hotararea Guvernului [nr. 140/2018](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii si a Contractului-cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2018-2019, publicata in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificarile si completarile ulterioare, se abroga.

Art. 4. - Prezenta hotarare intra in vigoare la data de 1 iulie 2021.

PRIM-MINISTRU
FLORIN-VASILE CITU

Contrasemneaza:

p. Viceprim-ministru,

Elena Tudose,

secretar de stat

Ministrul sanatatii,

Ioana Mihaila

Presedintele Casei Nationale
de Asigurari de Sanatate,

Adrian Gheorghe

Ministrul afacerilor interne,

Lucian Nicolae Bode

Ministrul apararii nationale,

Nicolae-Ionel Ciuca

p. Ministrul muncii si protectiei sociale,

Mihnea-Claudiu Drumea,

secretar de stat

p. Ministrul transporturilor si infrastructurii,

Ramona Moldovan

secretar general

Bucuresti, 26 iunie 2021.

Pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza

Capitolul I

Pachetul minimal de servicii

A. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala primara

1. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala;

1.2. supraveghere si depistare de boli cu potential endemoepidemic;

1.3. consultatii de monitorizare a evolutiei sarcinii si lauziei;

1.4. consultatii de planificare familiala;

1.5. servicii de preventie;

1.6. activitati de suport.

1.1. Servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei, depistare de boli cu potential endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz.

1.3. Consultatii de monitorizare a evolutiei sarcinii si lauziei

Acestea includ luarea in evidenta a gravidei, supravegherea sarcinii si urmarirea lauzei.

Consultatiile pentru urmarirea lauzei la externarea din maternitate si la 4 saptamani de la nastere se acorda la

domiciliu.

1.4. Consultatiile pentru acordarea serviciilor de planificare familiala includ:

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

1.5. Servicii de preventie

1.6. Activitati de suport

Acestea includ examinarea pentru constatarea decesului cu sau fara eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, conform prevederilor legale, in conditiile stabilite prin norme.

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de familie, precum si costurile altor activitati de suport, altele decat cele prevazute la subpct. 1.6.

NOTA:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate si conditiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

B. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

1. Pachetul minimal de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala;

1.2. supraveghere si depistare de boli cu potential endemoepidemic;

1.3. consultatii pentru supravegherea evolutiei sarcinii si lauziei.

1.1. Serviciile medicale - pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate.

1.2. Depistarea bolilor cu potential endemoepidemic include, dupa caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare si tratament.

1.3. Consultatii pentru supravegherea evolutiei sarcinii si lauziei

2. Persoanele care beneficiaza de pachetul minimal de servicii medicale suporta integral costurile pentru investigatiile paraclinice recomandate si tratamentul prescris de medicii de specialitate.

NOTA:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate si conditiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

C. Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistenta medicala spitaliceasca

Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate in regim de spitalizare continua si de zi si se acorda in situatia in care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

Criteriile pe baza carora se efectueaza internarea pacientilor in regim de spitalizare continua si in regim de spitalizare de zi sunt prevazute in norme.

D. Pachetul minimal de servicii medicale pentru consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

1. Consultatii de urgenta la domiciliu pentru urgentele medico-chirurgicale - cod verde - prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV „Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat” din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile ulterioare

2. Transport sanitar neasistat

NOTA:

Detalierea si conditiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

E. Pachetul minimal de servicii medicale pentru medicina dentara

Pachetul minimal cuprinde urmatoarele categorii de acte terapeutice:

- a) activitati profilactice;
- b) tratamente odontale;
- c) tratamentul parodontitelor apicale;
- d) tratamentul afectiunilor parodontiului;
- e) tratamente chirurgicale buco-dentare;
- f) tratamente protetice;

g) tratamente ortodontice.

NOTA:

Detalierea serviciilor de medicina dentara prevazute in pachetul minimal de servicii, formula dentara, serviciile de medicina dentara de urgenta si conditiile acordarii serviciilor de medicina dentara se stabilesc in norme.

Capitolul II

Pachetul de servicii de baza

A. Pachetul de servicii de baza in asistenta medicala primara

1. Pachetul de servicii medicale de baza in asistenta medicala primara cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de preventie si profilactice;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii medicale aditionale, servicii diagnostice si terapeutice;

1.5. activitati de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de familie.

1.1.2. Consultatiile in caz de boala pentru afectiuni acute, subacute si acutizari ale unor afectiuni cronice se acorda in conditiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au in vedere si prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.1. Consultatiile pentru bolile cu potential endemoepidemic ce necesita izolare pot fi acordate si la distanta, in conditiile prevazute in norme.

1.1.3. Consultatiile periodice pentru ingrijirea generala a asiguratilor cu boli cronice se realizeaza pe baza de programare pentru:

a) supravegherea evolutiei bolii;

b) continuitatea terapiei;

c) screeningul complicatiilor;

d) educatia asiguratului privind autoingrijirea.

1.1.3.1. Consultatiile in cabinet pentru afectiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de catre medic, in conditiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de catre medic si in conditiile prevederilor pct. 1.3.

1.1.3.2. Consultatiile pentru afectiunile cronice pot fi acordate si la distanta, in conditiile prevazute in norme.

1.1.4. Consultatii de monitorizare activa prin plan de management integrat pe baza de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii imbolnavirilor privind riscul cardiovascular inalt - HTA, dislipidemie si diabet zaharat tip 2, astm bronsic, boala cronica respiratorie obstructiva si boala cronica de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive si profilactice includ:

1.2.1. Consultatii preventive - sunt consultatii periodice active, oferite persoanelor cu varsta intre 0-18 ani, privind:

a) cresterea si dezvoltarea;

b) starea de nutritie si practicile nutritionale;

c) depistarea si interventia in consecinta pentru riscurile specifice grupei de varsta/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de varsta si sex, conform normelor.

1.2.2. Consultatii in vederea monitorizarii evolutiei sarcinii si lauziei: luarea in evidenta a gravidei, supravegherea sarcinii si urmarirea lauzei.

Consultatiile pentru urmarirea lauzei la externarea din maternitate si la 4 saptamani de la nastere se acorda la domiciliu.

1.2.3. Consultatii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acorda la cabinetul medicului de familie in mod activ adultilor din populatia generala - fara semne de boala.

1.2.4. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentatiei si depistare boli cu potential endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere catre structurile de specialitate pentru investigatii, confirmare, tratament adecvat si masuri igienico-sanitare specifice, dupa caz. Bolile cu potential endemoepidemic sunt cele prevazute la pct. II din anexa la Hotararea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzand urgentele medico-chirurgicale, precum si bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asiguratii beneficiaza de indemnizatie pentru

incapacitate temporara de munca, fara indeplinirea conditiei de stagiu de asigurare.

1.2.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala:

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

1.3. Consultatiile la domiciliu

1.3.1. Se acorda pentru asiguratii inscrisi pe lista proprie a medicului de familie, in afara cabinetului, in timpul programului de lucru pentru consultatiile la domiciliu.

1.3.2. Consultatiile la domiciliu se acorda asiguratilor nedepasabili din motiv de invaliditate permanenta sau invaliditate temporara, asiguratilor cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0-1 an, copiilor cu varsta 0-18 ani cu boli infectocontagioase si lauzelor.

1.3.3. Este considerata consultatie la domiciliu inclusiv consultatia/examinarea acordata de medicul de familie in vederea constatarii decesului.

1.4. Serviciile medicale aditionale, servicii diagnostice si terapeutice

1.4.1. Aceste servicii se pot acorda exclusiv asiguratilor de pe lista proprie, la cabinet, la domiciliul asiguratului sau la locul solicitarii, in cadrul programului de lucru sau in cadrul unui program de lucru prelungit prin incheierea unui act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz, si sunt detaliate in norme.

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

a) serviciile medicale aditionale, conform competentelor dobandite prin parcurgerea unui program educational specific, certificat suplimentar, dupa caz, in conditiile stabilite prin norme si in limita sumei contractate conform actului aditional incheiat cu casa de asigurari de sanatate, din fondul alocat asistentei medicale paraclinice;

b) servicii diagnostice si terapeutice, conform curriculei de pregatire a medicului, din fondul alocat asistentei medicale primare; conditiile acordarii si punctajul aferent se stabilesc prin norme.

1.5. Activitatile de suport

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

- a) certificate de concediu medical;
- b) bilete de trimitere;
- c) prescriptii medicale;
- d) adeverinte medicale pentru copii in caz de imbolnavire;
- e) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilita o masura de protectie speciala, in conditiile Legii nr.272/2004 privind protectia si promovarea drepturilor copilului, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;
- f) adeverinte medicale pentru inscrierea in colectivitate si avize epidemiologice pentru (re)intrare in colectivitate;
- g) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu exceptia situatiilor de suspiciune care necesita expertiza medico-legala, ca urmare a examinarii pentru constatarea decesului;
- h) eliberarea fisei medicale sintetice pentru copilul incadrat in grad de handicap sau care urmeaza sa fie incadrat in grad de handicap;
- i) adeverinta de incadrare in munca pentru someri beneficiari ai pachetului de baza;
- j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenta, necesare pentru evaluarea si reevaluarea in vederea incadrarii in grad de handicap;
- k) recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu;
- l) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente
Administrarea schemei de tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat; se acorda asiguratilor de pe lista proprie a medicului de familie.

NOTA:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate si conditiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

Modificat de art.I pct.2 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

B. Pachetul de servicii medicale de baza acordate in asistenta

medicinala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

1. Pachetul de servicii medicale de baza in asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile clinice cuprinde urmatoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala;

1.2. servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni acute si subacute, precum si acutizari ale bolilor cronice;

1.3. servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni cronice;

1.4. depistarea de boli cu potential endemoepidemic;

1.5. consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala;

1.6. servicii de ingrijiri paliative;

1.7. servicii diagnostice si terapeutice;

1.8. serviciile de sanatate conexe actului medical;

1.9. servicii de supraveghere a sarcinii si lauziei;

1.10. servicii medicale in scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi si se acorda in ambulatoriul de specialitate clinic.

1.1. Serviciile medicale pentru situatiile de urgenta medico-chirurgicala: asistenta medicala de urgenta - anamneza, examen clinic si tratament - se acorda in limita competentei si a dotarii tehnice a cabinetului medical in cadrul caruia isi desfasoara activitatea medicul de specialitate.

1.2. Servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni acute si subacute, precum si acutizari ale bolilor cronice: anamneza, examen clinic, manevre specifice, stabilirea conduitei terapeutice si/sau recomandare tratament, stabilirea protocolului de explorari si/sau interpretare investigatii paraclinice, eliberare bilete de trimitere/ recomandari/alte acte medicale, dupa caz

1.2.1. Consultatiile pentru bolile cu potential endemoepidemic ce necesita izolare pot fi acordate si la distanta, in conditiile prevazute in norme.

1.3. Servicii medicale curative - consultatii medicale de specialitate pentru afectiuni cronice, cuprind: anamneza, examen clinic, manevre specifice, stabilirea conduitei terapeutice si/sau recomandare tratament, stabilirea protocolului de

explorari si/sau interpretare investigatii paraclinice, eliberare bilete de trimitere/recomandari/alte acte medicale, dupa caz.

1.3.1. Consultatiile pentru afectiunile cronice pot fi acordate si la distanta, in conditiile prevazute in norme.

1.4. Depistarea de boli cu potential endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitale de specialitate pentru confirmare si tratament. Bolile cu potential endemoepidemic sunt cele prevazute la pct. II din anexa la Hotararea Guvernului [nr. 423/2020](#).

1.5. Consultatii pentru acordarea serviciilor de planificare familiala cuprind:

- a) consilierea femeii privind planificarea familiala;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fara risc;
- c) evaluarea si monitorizarea statusului genito-mamar;
- d) tratamentul complicatiilor.

1.6. Serviciile de ingrijiri paliative - consultatii medicale de ingrijire paliativa

1.7. Serviciile diagnostice si terapeutice se refera la procedurile diagnostice si terapeutice care se realizeaza in ambulatoriul de specialitate, respectiv:

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

NOTA:

Terapiile psihiatrice pot fi acordate si la distanta, in conditiile prevazute in norme.

1.8. Serviciile de sanatate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica, psihoterapie si psihopedagogie speciala - logopezi si fizioterapeuti si pot face obiectul contractelor

incheiate de casele de asigurari de sanatate cu medicii care acorda servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu, precum si cu medicii de specialitate cu urmatoarele specialitati clinice:

- a) neurologie si neurologie pediatrica;
- b) otorinolaringologie;
- c) psihiatrie si psihiatrie pediatrica;
- d) reumatologie;
- e) ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatrica;
- f) oncologie medicala;
- g) diabet zaharat, nutritie si boli metabolice;
- h) hematologie;
- i) nefrologie si nefrologie pediatrica;
- j) oncologie si hematologie pediatrica;
- k) cardiologie;
- l) pneumologie.
- m) medicina fizica si de reabilitare.**

Completat de art.I pct.3 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

1.8.1. Lista serviciilor de sanatate conexe actului medical:

- a) neurologie si neurologie pediatrica:**
 - a1) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;**
 - a2) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped;**
 - a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;**
- b) otorinolaringologie:**
 - b1) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;**
 - b2) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped;**
- c) psihiatrie si psihiatrie pediatrica:**
 - c1) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;**
 - c2) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped;**
 - c3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;**
- d) reumatologie - servicii furnizate de fizioterapeut, conform**

unui plan recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;

e) ortopedie si traumatologie si ortopedie pediatria: servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;

f) oncologie medicala: servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;

g) diabet zaharat, nutritie si boli metabolice: servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;

h) hematologie: servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;

i) nefrologie si nefrologie pediatria: servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;

j) oncologie si hematologie pediatria: servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;

k) cardiologie:

k1) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;

k2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;

l) pneumologie:

l1) servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie;

l2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;

m) ingrijiri paliative: servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped, servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;

n) medicina fizica si de reabilitare: servicii furnizate de

psiholog in specialitatea psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, servicii furnizate de psiholog in specialitatea psihopedagogie speciala - logoped, servicii furnizate de fizioterapeut.

Modificat de art.I pct.4 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii si lauziei

1.10. Servicii medicale in scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi si se acorda in ambulatoriu de specialitate clinic.

Lista serviciilor, tarifele aferente si conditiile de acordare se stabilesc prin norme.

2. Lista specialitatilor clinice pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale in ambulatoriul de specialitate este prevazuta in norme.

3. Servicii de acupunctura - consultatii, cura de tratament

NOTA:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate si conditiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

C. Pachetul de servicii medicale de baza acordate in asistenta medicala ambulatorie de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament cuprinde proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare in cadrul unei serii de proceduri - efectuate in baze de tratament.

NOTA:

Conditiiile acordarii serviciilor de medicina fizica si de reabilitare, lista afectiunilor pentru care se pot recomanda proceduri specifice de medicina fizica si de reabilitare acordate in bazele de tratament, perioadele pentru care se pot acorda si procedurile specifice care se pot acorda in cadrul unei serii de proceduri se stabilesc in norme.

Modificat de art.I pct.5 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

D. Pachetul de servicii medicale de baza pentru medicina dentara

Pachetul de servicii medicale de baza cuprinde urmatoarele categorii de acte terapeutice:

a) consultatie;

b) tratamente odontale;

- c) tratamentul parodontitelor apicale;
- d) tratamentul afectiunilor parodontiului;
- e) tratamente chirurgicale buco-dentare;
- f) tratamente protetice;
- g) tratamente ortodontice;
- h) activitati profilactice.

NOTA:

Detalierea serviciilor de medicina dentara prevazute in pachetul de servicii de baza, formula dentara, serviciile de medicina dentara de urgenta si conditiile acordarii serviciilor de medicina dentara se stabilesc in norme.

E. Pachetul de servicii medicale de baza in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

1. Lista investigatiilor paraclinice - analize de laborator se refera la urmatoarele categorii:

- 1.1. Hematologie
- 1.2. Biochimie - serica si urinara
- 1.3. Imunologie si imunochimie
- 1.4. Microbiologie
- 1.5. Examinari histopatologice, citologice si

imunohistochimice

2. Lista investigatiilor paraclinice - radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara se refera la urmatoarele categorii:

- 2.1. Radiologie - imagistica medicala
 - 2.1.1. Investigatii conventionale:
 - a) investigatii cu radiatii ionizante;
 - b) investigatii neiradiante.

2.1.2. Investigatii de inalta performanta, inclusiv medicina nucleara

NOTA:

Conditiiile si criteriile acordarii investigatiilor paraclinice - analize medicale de laborator, radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara se stabilesc prin norme.

F. Pachetul de servicii medicale de baza pentru asistenta medicala spitaliceasca

1. Serviciile spitalicesti sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare si paliativ si cuprind:

consultatii, investigatii, stabilirea diagnosticului, tratament medical si/sau tratament chirurgical, ingrijire, recuperare, medicamente si materiale sanitare, dispozitive medicale si in functie de tipul de spitalizare, dupa caz, cazare si masa.

2. In functie de durata de spitalizare, asistenta medicala spitaliceasca se acorda in regim de:

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

3. Asistenta medicala spitaliceasca in regim de spitalizare continua cuprinde ingrijiri de tip acut si ingrijiri de tip cronic.

4. Criteriile de internare in spitalizare continua si factorii de care trebuie sa se tina cont cumulativ in luarea deciziei de internare in regim de spitalizare continua sunt prevazute in norme.

5. Asistenta medicala spitaliceasca in regim de spitalizare de zi cuprinde ingrijiri de tip acut si ingrijiri de tip cronic.

6. Criteriile de internare in spitalizare de zi, lista afectiunilor/diagnosticelor - caz rezolvat medical, lista cazurilor rezolvate cu procedura chirurgicala, lista serviciilor medicale acordate in regim de spitalizare de zi, precum si tarifele maximale aferente acestora sunt detaliate in norme.

7. Serviciile necesare pentru diagnosticarea, tratarea sau monitorizarea pacientului care se efectueaza in regim de spitalizare de zi pot avea caracter plurispecializat si/sau multidisciplinar, pot fi invazive, pot fi urmate de reactii adverse sau risc de urgenta pe timpul efectuarii lor sau corelate cu starea de sanatate a pacientului, impunand supraveghere medicala care nu poate fi efectuata in ambulatoriu.

G. Pachetul de servicii medicale de baza pentru consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

1. Consultatii de urgenta la domiciliu pentru urgentele medico-chirurgicale - cod verde - prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008, cu modificarile ulterioare.

2. Transport sanitar neasistat

NOTA:

Detalierea serviciilor medicale acordate si conditiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

H.1. Pachet de servicii de baza pentru ingrijiri medicale la domiciliu

Lista serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu din pachetul de baza cuprinde:

- a) masurarea parametrilor fiziologici;
- b) administrare de medicamente;
- c) sondaj vezical, ingrijirea sondei urinare;
- d) alimentarea artificiala/alimentarea pasiva/alimentatie parenterala;
- e) clisma cu scop evacuator;
- f) spalatura vaginala;
- g) manevre terapeutice;
- h) ingrijirea plagilor/escarelor/stomelor/fistulelor/tubului de dren/canulei traheale;
- i) aplicarea de plosca, bazinet, condom urinar, mijloc ajutorator pentru absorbtia urinei;
- j) ventilatie noninvaziva;
- k) kinetoterapie.

NOTA:

Detalierea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si conditiile acordarii acestora se stabilesc in norme.

H.2. Pachet de servicii de baza pentru ingrijiri paliative la domiciliu

Pachetul de baza de ingrijiri paliative la domiciliu cuprinde:

1. servicii medicale efectuate de medic sau sub supravegherea medicului: evaluarea holistica, stabilirea diagnosticului paliativ de etapa, comunicarea cu pacientul si familia in vederea asigurarii intelegerii diagnosticului si prognosticului, elaborarea planului de ingrijiri, educarea si consilierea pacientului si familiei in aplicarea planului de ingrijire, sustinerea pacientului si familiei in luarea deciziilor terapeutice si de ingrijire, efectuarea de manevre de diagnostic si terapeutice, prescrierea medicatiei, aplicarea si monitorizarea tratamentului farmacologic si nefarmacologic adecvat pentru managementul simptomelor, activitati de suport;

2. servicii de ingrijire asigurate de asistentul medical: evaluarea nevoilor de ingrijire, monitorizarea pacientului - functii vitale, vegetative, ingrijirea escarelor, limfedemului, stomelor, tumorilor exulcerate, administrarea de medicamente, metode nefarmacologice de tratament al simptomelor, educarea pacientului, familiei si a apartinatorilor privind ingrijirea curenta;

3. servicii de kinetoterapie furnizate de fizioterapeuti;

4. servicii de asistenta psihologica furnizate de psiholog.

NOTA:

Detalierea serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu si conditiile acordarii acestora se stabilesc in norme.

I. Pachetul de servicii medicale de baza in asistenta medicala de recuperare medicala, medicina fizica si de reabilitare, in sanatorii, inclusiv sanatorii balneare si preventorii

1. Serviciile de recuperare medicala, medicina fizica si de reabilitare sunt servicii acordate in regim de spitalizare in sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulti si copii, preventorii cu sau fara personalitate juridica, inclusiv furnizori constituiti potrivit prevederilor Legii societatilor [nr. 31/1990](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare sau au in structura avizata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare.

1.1. Serviciile medicale de recuperare, medicina fizica si de reabilitare acordate in sanatorii balneare se acorda potrivit normelor.

1.2. Servicii medicale de recuperare medicala, medicina fizica si de reabilitare acordate in sanatorii, altele decat balneare, si preventorii sunt servicii acordate in regim de spitalizare, pentru perioade si potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care isi desfasoara activitatea in aceste unitati.

NOTA:

Conditiiile acordarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

J. Pachetul de baza pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu

Medicamentele de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala sunt prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare, prevazuta in Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.

NOTA:

Conditiiile privind prescrierea si eliberarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu sunt prevazute in norme.

K. Pachetul de baza pentru dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

Pachetul de baza cuprinde urmatoarele categorii de dispozitive:

1. dispozitive de protezare in domeniul ORL;
2. dispozitivele pentru protezare stomii;
3. dispozitivele pentru retentie sau/si incontinenta urinara;
4. proteze pentru membrul inferior;
5. proteze pentru membrul superior;
6. orteze:
 - 6.1. pentru coloana vertebrala;
 - 6.2. pentru membrul superior;
 - 6.3. pentru membrul inferior;
7. incaltaminte ortopedica;
8. dispozitive pentru deficiente vizuale;
9. echipamente pentru oxigenoterapie si ventilatie noninvaziva;
10. dispozitive pentru terapia cu aerosoli;
11. dispozitive de mers;
12. proteza externa de san.

NOTA:

Detalierea listei dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive, tipul acestora, termenele de inlocuire si conditiile acordarii sunt prevazute in norme.

Capitolul III

Pachetul de servicii pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentul (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii

A. Asistenta medicala primara

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii

Britanii si Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in asistenta medicala primara de serviciile prevazute la cap. I lit. A pct. 1 subpct. 1.1 si 1.2 si la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, conform normelor.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza in asistenta medicala primara de serviciile prevazute la cap. II lit. A, conform normelor.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. I lit. A pct. 1 subpct. 1.1 si 1.2 sau de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. A, conform normelor si in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

B. Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/ Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/ Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pachetul de servicii este cel prevazut la cap. II lit. B, conform normelor.

2. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate,

in perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevazut la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 si 1.2 si la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2, conform normelor.

3. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, pachetul de servicii este cel prevazut la cap. II lit. B sau, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 si 1.2 conform normelor, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

NOTA:

Detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate si conditiile acordarii se stabilesc prin norme.

C. Asistenta medicala ambulatorie de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza, in baza de tratament de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. C conform normelor. Furnizorii acorda servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

2. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza in baza de tratament de

serviciile medicale prevazute la cap. II lit. C, conform normelor, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale. Serviciile medicale prevazute la cap. II lit. C se acorda numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

Modificat de art.I pct.6 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

D. Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicina dentara

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. I lit. E, conform normelor, devenite necesare pe timpul sederii temporare in Romania.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate de medicina dentara de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. II lit. D, conform normelor, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. II lit. D sau de serviciile medicale de medicina dentara prevazute la cap. I lit. E, conform normelor si in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

E. Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/

Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E conform normelor, pe baza biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitatile clinice pentru situatiile care se incadreaza la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E conform normelor. Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile paraclinice de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E conform normelor, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale. Serviciile medicale prevazute la cap. II lit. E se acorda numai pe baza biletului de trimitere si in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

F. Asistenta medicala spitaliceasca

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit

al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza de serviciile prevazute la cap. I lit. C, precum si de serviciile medicale de chimioterapie acordate in regim de spitalizare de zi prevazute in norme. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicesti nu solicita bilet de internare.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza in asistenta medicala spitaliceasca de serviciile prevazute la cap. II lit. F. Furnizorii de servicii medicale spitalicesti acorda serviciile medicale prevazute la cap. II lit. F pe baza biletului de internare in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. I lit. C sau de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. F, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale. Serviciile medicale prevazute la cap. II lit. F se acorda pe baza biletului de internare in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania.

G. Consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului beneficiaza de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. G pct. 1 si 2, conform normelor.

2. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/

Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. G, conform normelor.

3. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii pot beneficia, dupa caz, de serviciile medicale prevazute la cap. II lit. G pct. 1 si 2, conform normelor, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

H.1. Ingrijiri medicale la domiciliu

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri medicale la domiciliu prevazut la cap. II lit. H.1.

2. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri medicale la domiciliu, prevazut la cap. II lit. H.1, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale.

H.2. Ingrijiri paliative la domiciliu

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri paliative la domiciliu prevazut la cap. II lit. H.2.

2. Pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii beneficiaza de pachetul de servicii medicale de baza pentru ingrijiri paliative la domiciliu, prevazut la cap. II lit. H.2, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale.

I. Asistenta medicala de recuperare medicala, medicina fizica

si de reabilitare in sanatorii si preventorii

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/ Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, furnizorii de servicii medicale de recuperare medicala, medicina fizica si de reabilitare acorda serviciile medicale prevazute la cap. II lit. I, conform normelor, numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord.

2. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, se acorda serviciile medicale prevazute la cap. II lit. I, conform normelor, numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

J. Medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu

1. Pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, beneficiaza de medicamentele prevazute la cap. II lit. J, in conditiile prevazute in norme.

2. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/ Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, se acorda medicamente in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv medicamentele prevazute la cap. II lit. J, in

conditiile prevazute in norme.

3. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii se acorda medicamente in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv medicamentele prevazute la cap. II lit. J, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, in conditiile prevazute in norme.

K. Dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

1. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/ Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, se acorda dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive prevazute la cap. II lit. K, in conditiile stabilite prin norme.

2. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii se acorda dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive prevazute la cap. II lit. K, in conditiile stabilite prin norme si in conditiile prevazute de respectivele documente internationale.

ANEXA Nr. 2

CONTRACTUL-CADRU

**care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a
medicamentelor
si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor**

asistive
in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru
anii 2021-2022

Capitolul I
Asistenta medicala primara

Sectiunea 1
Conditii de eligibilitate

NOTA ETO: In cuprinsul anexei nr. 2 la Hotararea Guvernului nr. 696/2021, sintagma „venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 1.299 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri” se inlocuieste cu sintagma „venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 1.429 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri”.

Modificat de art.II din HG 1289/2021 (intra in vigoare la data de 1 ianuarie 2022)

Art. 1. - (1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

- a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sunt evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru furnizorii exceptati de la obligativitatea acreditarii sau care nu intra sub incidenta prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;
- c) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare, pentru furnizorii obligati sa se acrediteze potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale Legii nr. 185/2017, cu modificarile si completarile ulterioare, si, respectiv, sunt acreditati pentru furnizorii care au optat sa parcurga voluntar procesul de acreditare;
- d) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 6 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala primara se asigura de catre medicii care au dreptul sa desfasoare activitate ca medici de familie potrivit titlului III din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, in cabinete medicale organizate conform prevederilor legale in vigoare, inclusiv cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, ca furnizori de servicii medicale in asistenta medicala primara.

(3) Conditiiile acordarii si decontarii serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

Art. 2. - (1) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atat pentru mediul urban, cat si pentru mediul rural, precum si numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara, cu exceptia situatiei furnizorilor care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie, se stabilesc pe unitati administrativ-teritoriale/zone urbane de catre o comisie formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, ai directiilor de sanatate publica si ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. La lucrarile comisiei participa cu rol consultativ reprezentanti ai autoritatilor administratiei publice locale, precum si ai patronatului judetean al medicilor de familie si ai asociatiei profesionale judetene a medicilor, in conditiile in care sunt constituite astfel de organizatii la nivel local. Necesarul de medici de familie cu liste proprii la nivel judetean/la nivelul municipiului Bucuresti cuprinde si numarul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra in relatie contractuala cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, denumita in continuare CASA OPSNAJ.

(2) Criteriile aprobate in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(3) Comisia pentru stabilirea necesarului de medici cu liste proprii si a numarului minim de persoane asigurate inscrise pe

lista medicului de familie, prevazuta la alin. (1), se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (1) de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(4) In localitatile urbane numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se incheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu exceptia zonelor neacoperite din punctul de vedere al numarului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevazuta la alin. (1). Pentru aceste zone din mediul urban comisia prevazuta la alin. (1) stabileste si numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale.

(5) In cazul in care numarul minim de persoane asigurate inscrise pe lista unui medic de familie intr-o localitate urbana, pentru care se solicita incheierea contractului de furnizare de servicii medicale, este sub 800, comisia prevazuta la alin. (1) analizeaza si decide asupra incheierii contractului cu casa de asigurari de sanatate.

Art. 3. - Numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie care isi desfasoara activitatea in cabinete medicale care functioneaza in structura sau in coordonarea unor unitati sanitare apartinand ministerelor si institutiilor centrale cu retea sanitara proprie se stabileste prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale.

Art. 4. - (1) Pentru asigurarea calitatii asistentei medicale se are in vedere un numar maxim de persoane inscrise pe lista medicului de familie de 2.200.

(2) Numarul optim de persoane inscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurarii unor servicii de calitate la nivelul asistentei medicale primare, care se ia in calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe

unitate administrativ-teritoriala/zona urbana, este de 1.800.

Art. 5. - Cabinetele medicale aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate functioneaza cu minimum un/o asistent medical/sora medicala/moasa, indiferent de numarul de asigurati inscrisi pe lista. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moasei poate fi o norma intreaga sau fractiune de norma.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 6. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundare, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului. Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala;

2. dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundare, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului.

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au aceasta obligatie si au optat sa se acrediteze;

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

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reînnoi pe toata perioada derularii contractului, cu exceptia cabinetelor medicale individuale si a societatilor cu raspundere limitata cu un singur medic angajat;

f) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

g) programul de activitate al cabinetului si al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevazut in norme;

h) lista, in format electronic, cu persoanele inscrise pentru medicii nou-veniti si pentru medicii care au fost in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in anul precedent; furnizorul prezinta lista cuprinzand persoanele inscrise la medicul de familie titular, in cazul cabinetelor medicale individuale, si listele cuprinzand persoanele inscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal incheie contract de furnizare de servicii medicale, in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

i) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania, denumit in continuare CMR, pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reînnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/se avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

j) certificatul de membru al Ordinului Asistentilor Medicali Generalisti, Moaselor si Asistentilor Medicali din Romania, denumit in continuare OAMGMAMR, pentru asistentul medical/sora medicala/moasa care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reînnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/se avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura

electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

(4) Medicii, pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 7. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;

b) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

c) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala si datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea garantata a punctului per capita si pe serviciu; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt

afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Modificat de art.I pct.7 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (CNAS);

e) sa asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati clinice sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor legale in vigoare si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare; sa asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementeaza;

f) sa asigure utilizarea prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

g) sa elibereze scrisoare medicala pentru persoanele neasigurate si bilet de trimitere pentru persoanele asigurate, pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu

potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se considera necesara internarea; sa finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical, a recomandarii de ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, a dispozitivelor medicale pentru protezare stomii si incontinenta urinara, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru;

h) sa respecte, incepand cu 1 ianuarie 2022, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, si a normelor metodologice privind implementarea acestora, sau ca medicamentul este produs biologic;

i) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

j) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

k) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale

corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare. In situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului in conditiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, in limita competentei medicului prescriptor;

l) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

m) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de

asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

n) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

Modificat de art.I pct.8 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

o) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

p) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru documentele eliberate ca urmare a acordarii acestor servicii;

q) sa actualizeze lista proprie cuprinzand persoanele inscrise ori de cate ori apar modificari in cuprinsul acesteia, in functie de miscarea lunara, comunicand aceste modificari caselor de asigurari de sanatate; sa actualizeze lunar lista proprie in functie de informatiile preluate din SIUI;

r) sa inscrie copiii care nu au fost inscrisi pe lista unui medic de familie, odata cu prima consultatie a copilului bolnav in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestuia. Nou-nascutul va fi inscris pe lista medicului de familie care a ingrijit gravida, imediat dupa nasterea copilului, daca parintii nu au alta optiune; inscrierea nou-nascutului va fi efectuata in aplicatia informatica a medicului si va fi transmisa in sistemul informatic unic integrat odata cu inscrierea pe lista proprie; sa inscrie pe lista proprie gravidele si lauzele neinscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultatie, in localitatea de domiciliu sau, dupa caz, de resedinta a acestora, daca nu exista o alta optiune; sa nu refuze inscrierea pe lista a copiilor, la solicitarea parintilor sau a aparinatorilor legali, si nici inscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/ documentelor

europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004; sa nu refuze inscrierea pe lista a persoanelor din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul de baza in asistenta medicala primara, in conditiile stabilite de respectivele documente internationale;

s) sa respecte dreptul asiguratului de a-si schimba medicul de familie dupa expirarea a cel putin 6 luni de la data inscrierii pe lista acestuia, precum si in conditiile reglementate la art. 11, prin punerea la dispozitia medicului la care asiguratul opteaza sa se inscrie a documentelor medicale;

s) sa prescrie medicamente cu sau fara contributie personala si sa recomande investigatii paraclinice, ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinta a actului medical propriu. Exceptie fac situatiile in care pacientul urmeaza o schema de tratament stabilita pentru o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice, initiata de catre alti medici care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, prin prescrierea primei retete pentru medicamente cu sau fara contributie personala, precum si situatiile in care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum si medicul de medicina muncii sunt obligati sa comunice recomandarile formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicala, iar la externarea din spital recomandarile vor fi comunicate utilizandu-se formularul tipizat de scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala. In situatia in care in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital nu exista mentiunea privind eliberarea prescriptiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicala/biletul de iesire din spital.

Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicala care nu respecta modelul prevazut in norme si/sau este eliberata de medici care nu desfasoara activitate in relatie contractuala/conventie cu casa de asigurari de sanatate.

Modelul formularului tipizat de scrisoare medicala este stabilit prin norme.

Pentru persoanele care se incadreaza in Programul pentru compensarea in procent de 90% a pretului de referinta al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari, de pana la 1.299 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de catre alti medici aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate numai daca acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al carei model este prevazut in norme.

In situatia in care un asigurat cu o boala cronica confirmata, inscris pe lista proprie de asigurati a unui medic de familie, este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de familie poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele din programele nationale de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital din care sa rezulte ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit prin norme, si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

t) sa recomande dispozitive medicale de protezare stomii si incontinenta urinara, ca urmare a actului medical propriu; sa recomande cateterul urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de iesire din spital comunicat(e) de catre medicul de specialitate care isi desfasoara activitatea in baza unei relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prevazute in norme;

t) sa intocmeasca bilet de trimitere pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare si sa consemneze in acest bilet sau sa ataseze, in copie, rezultatele investigatiilor efectuate in regim ambulatoriu, precum si data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; in situatia atasarii la biletul de trimitere a rezultatelor investigatiilor, medicul va mentiona pe biletul de trimitere ca a anexat rezultatele investigatiilor si va informa asiguratul asupra obligativitatii de a le prezenta medicului caruia urmeaza sa i se adreseze;

u) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

v) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

w) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

x) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare,

pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

y) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. x), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

z) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala.

Art. 8. - (1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa primeasca, lunar si trimestrial, cu ocazia regularizarii, din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

e) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Medicii de familie au dreptul la o perioada de vacanta de pana la 30 de zile lucratoare pe an; pentru aceasta perioada modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru asiguratii inscrisi pe lista, precum si modalitatea de plata per capita si pe serviciu a medicilor de familie se stabilesc prin norme.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 9. - In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la

conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 196 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin email la adresele comunicate oficial de catre furnizori, termen care poate fi mai mic decat cel prevazut la art. 196 alin. (1), in functie de data publicarii in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, si data de intrare in vigoare a prezentului contract-cadru si a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum si a actelor normative de modificare/completare a acestora;

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

g) sa inmaneze, la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de

Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

h) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

j) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor trimestriale, motivarea sumelor decontate, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) sa faca publica valoarea garantata a punctului per capita si pe serviciu, pe pagina electronica a acestora, precum si numarul total de puncte per capita si pe serviciu realizate la nivel national, afisat pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

Modificat de art.I pct.9 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

l) sa contracteze, respectiv sa deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice numai daca medicii de familie fac dovada capacitatii tehnice corespunzatoare pentru realizarea acestora si au competenta legala necesara, dupa caz;

m) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

n) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele

de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

o) sa actualizeze in format electronic - SIUI, la inceputul contractului anual, lista persoanelor asigurate inscrise pe lista, iar lunar, in vederea actualizarii listelor proprii, sa actualizeze in format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai indeplinesc conditiile de asigurat si persoanele nou-asigurate intrate pe lista, in conditiile legii.

Sectiunea a 5-a

Conditii specifice

Art. 10. - (1) Furnizorul, prin reprezentantul sau legal, indiferent de forma sa de organizare, incheie pentru medicii de familie pe care ii reprezinta un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul cabinetul medical sau cu o casa de asigurari de sanatate limitrofa ori cu CASA OPSNAJ, dupa caz.

(2) Un medic de familie cu lista proprie figureaza intr-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistenta medicala primara si se poate regasi in contract cu o singura casa de asigurari de sanatate. Un medic angajat fara lista in cadrul unui cabinet medical individual poate figura ca medic angajat si in alte cabinete medicale individuale, cu conditia ca toate cabinetele medicale individuale sa fie in contract cu aceeasi casa de asigurari de sanatate.

(3) Furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala primara pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii aditionale, pentru care incheie un act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala primara, din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, in conditiile stabilite prin norme.

Art. 11. - (1) Asiguratul isi poate schimba medicul de familie inaintea expirarii termenului de 6 luni, in urmatoarele situatii:

- a) decesul medicului pe lista caruia se afla inscris;
- b) medicul de familie nu se mai afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate sau contractul este suspendat;
- c) a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista caruia se afla inscris;

d) asiguratul isi schimba domiciliul dintr-o localitate in alta;

e) asiguratul se afla in arest preventiv sau executa o pedeapsa privata de libertate, la incetarea arestului preventiv al asiguratului si/sau inlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la incetarea pedepsei private de libertate a asiguratului, precum si in situatia arestului la domiciliu ori in perioada de amanare sau de intrerupere a executarii unei pedepse private de libertate. Pe durata executarii pedepsei private de libertate sau a arestului preventiv, serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicina generala ce isi desfasoara activitatea in cabinetele medicale ale unitatilor penitenciare sau ale aresturilor in custodia carora se afla asiguratul, acesta fiind inscris, in aceasta perioada, pe lista respectivului medic;

f) situatiile generate de specificul activitatii personalului din sistemul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti care se deplaseaza in interes de serviciu; procedura si modalitatea de efectuare a schimbarii medicului de familie se stabilesc prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale;

g) medicului de familie ii inceteaza raporturile de serviciu/munca/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti; la cererea furnizorului de servicii medicale unde medicul si-a desfasurat activitatea medicala, asiguratii sunt transferati, fara a fi necesara utilizarea cardului de asigurari sociale de sanatate, pe lista unui alt medic de familie desemnat de furnizor, urmand ca ulterior asiguratii sa isi exprime optiunea de a ramane sau nu pe lista de capitate a acestuia inaintea expirarii termenului de 6 luni.

(2) Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului national de asigurari sociale de sanatate si a cererii de inscriere prin transfer, conform modelului si conditiilor prevazute in norme. Pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de constiinta refuza cardul national sau pentru persoanele carora li se va emite card national duplicat, precum si pentru copiii de 0-18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de inscriere prin transfer.

Art. 12. - (1) Programul de activitate saptamanal al cabinetului medical individual, precum si al fiecarui medic de familie cu lista proprie care isi desfasoara activitatea in alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat in functie de conditiile specifice din zona, trebuie sa asigure minimum 35 de ore pe saptamana si minimum 5 zile pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile si ore fiind stabilita in functie de conditiile specifice din zona de catre reprezentantul legal al cabinetului.

(2) Pentru perioadele de absenta a medicilor de familie, activitatea cabinetului este asigurata in conditiile prevazute in norme.

(3) Programul de lucru de minimum 35 de ore/saptamana pentru medicii de familie din sistemul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti se stabileste pe zile conform conditiilor specifice acestui sistem si se reglementeaza in normele proprii.

Art. 13. - (1) Medicul de familie nou-venit intr-o localitate incheie conventie de furnizare de servicii medicale, similara contractului de furnizare de servicii medicale, incheiata intre reprezentantul legal al cabinetului medical si casa de asigurari de sanatate, pentru o perioada de maximum 6 luni, perioada considerata necesara pentru intocmirea listei.

(2) Daca la sfarsitul celor 6 luni medicul de familie nou-venit nu a in scris numarul minim de persoane asigurate inscrise pe lista stabilit potrivit art. 2 alin. (1) si (4), casa de asigurari de sanatate incheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care si-a constituit-o pana la data incheierii contractului, cu obligatia din partea medicului de familie nou-venit ca in termen de maximum 6 luni de la data incheierii contractului sa inscrie numarul minim de persoane asigurate inscrise, stabilit potrivit art. 2 alin. (1) si (4). In caz contrar, contractul incheiat intre medicul de familie nou-venit si casa de asigurari de sanatate poate inceta la expirarea celor 6 luni, conform deciziei comisiei prevazute la art. 2 alin. (1); prin exceptie, pentru medicul de familie nou-venit intr-o localitate din mediul rural, cu deficit din punctul de vedere al existentei medicilor, contractul incheiat intre medicul de familie nou-venit si casa de asigurari de sanatate nu inceteaza daca la expirarea celor 6 luni acesta nu inscrie numarul minim de persoane asigurate inscrise, stabilit potrivit art. 2 alin. (1)

si (4).

(3) Medicul de familie care preia un praxis de medicina de familie existent, in conditiile legii, preia drepturile si obligatiile contractuale in aceleasi conditii ca si detinatorul anterior de praxis, la data preluarii acestuia.

(4) Medicul de familie care preia un praxis de medicina de familie, pentru respectarea dreptului asiguratilor cu privire la alegerea medicului de familie, are obligatia sa anunte asiguratii prin afisare la cabinet si prin orice alt mod de comunicare despre dreptul acestora de a opta sa ramana sau nu pe lista sa, in primele 6 luni de la data incheierii contractului cu casa de asigurari de sanatate. Verificarea respectarii obligatiei de catre medicul de familie se face de catre casa de asigurari de sanatate.

(5) Modificarile ce pot interveni in activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a infiintarii unui punct de lucru/punct de lucru secundar in mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existentei medicilor; stabilirea zonelor/localitatilor deficitare din punctul de vedere al existentei medicilor de familie se face de comisia constituita potrivit art. 2 alin. (1).

(6) Preluarea unui praxis in alte conditii decat cele prevazute la alin. (5) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurari de sanatate, daca aceasta preluare are ca rezultat infiintarea unui cabinet medical care sa indeplineasca toate conditiile de contractare conform prevederilor legale in vigoare.

Sectiunea a 6-a

Decontarea serviciilor medicale

Art. 14. - (1) Modalitatile de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara sunt:

- a) tarif pe persoana asigurata - per capita;**
- b) tarif pe serviciu medical.**

(2) Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala primara se face prin:

- a) plata prin tarif pe persoana asigurata; suma convenita se**

stabileste in raport cu numarul de puncte calculat in functie de numarul persoanelor asigurate inscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de varsta si gen, ajustat in conditiile prevazute in norme in functie de gradul profesional si de conditiile in care se desfasoara activitatea, si cu valoarea garantata pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Numarul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoana asigurata corespunde asigurarii de catre furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevazute in pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigura prin plata per capita si conditiile in care acestea se acorda se stabilesc prin norme. Numarul de puncte acordat pe durata unui an in functie de numarul de persoane asigurate inscrise pe lista proprie se ajusteaza, in conditiile prevazute in norme. Valoarea garantata a unui punct per capita este unica pe tara si se calculeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate anual, dupa intrarea in vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevazuta in norme si asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale incheiat.

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

b1) suma convenita pentru serviciile medicale diagnostice si terapeutice conform curriculei de pregatire a medicului de familie se stabileste in raport cu numarul de puncte corespunzator serviciilor medicale diagnostice si terapeutice efectuate si cu valoarea garantata a unui punct pe serviciu medical diagnostic si terapeutic. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical diagnostic si terapeutic este prevazut in norme;

b2) suma convenita pentru celelalte servicii medicale prevazute in pachetele de servicii medicale se stabileste in raport cu numarul de puncte, calculat in functie de numarul de servicii medicale, ajustat in functie de gradul profesional, si cu valoarea garantata a unui punct pe serviciu. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical este prevazut in norme.

Valoarea garantata a unui punct pe serviciu este unica pe tara si se calculeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate

anual, dupa intrarea in vigoare a legii bugetului de stat pentru anul respectiv, fiind prevazuta in norme.

(3) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita si pe serviciu, fondul aprobat pentru anul 2022 pentru asistenta medicala primara are urmatoarea structura:

1. fondul alocat pentru trimestrul I 2022, inclusiv suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3) din anexa nr. 2 la prezenta hotarare si suma reprezentand regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. fondul alocat pentru perioada aprilie-decembrie 2022, din care:

2.1. fondul destinat platii activitatii desfasurate de medicii de familie nou-veniti intr-o localitate care desfasoara activitate in cabinete medicale, in conditiile stabilite prin norme;

2.2. fondul destinat platii per capita si platii pe serviciu medical, rezultat ca diferenta intre fondul prevazut la pct. 2 si cel prevazut la pct. 2.1, care se repartizeaza astfel:

- a) 50% pentru plata per capita;
- b) 50% pentru plata pe serviciu medical.

Modificat de art.I pct.10 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022) Art. 15. - Medicul de familie nou-venit

intr-o localitate beneficiaza lunar, in baza conventiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioada de maximum 6 luni, de un venit care este format din:

a) o suma reprezentand plata per capita pentru o lista echilibrata de 800 de asigurati, calculata prin inmultirea numarului de puncte per capita cu valoarea garantata pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numarul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurati, prevazut in norme, se ajusteaza in raport cu gradul profesional si cu conditiile in care se desfasoara activitatea;

Modificat de art.I pct.11 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

b) o suma necesara pentru cheltuielile de administrare si functionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele si materialele sanitare pentru trusa de urgenta, calculata prin inmultirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 1,5.

Art. 16. - (1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa

deconteze in termen de maximum 18 zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor incheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenta medicala primara si casele de asigurari de sanatate, la valoarea garantata pentru un punct per capita, respectiv la valoarea garantata pentru un punct pe serviciu. Regularizarea trimestriala se realizeaza pana cel tarziu la data de 18 a celei de a doua luni dupa incheierea trimestrului, conform normelor.

Modificat de art.I pct.12 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(2) Furnizorii vor transmite lunar in format electronic, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate, documentele necesare decontarii serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit normelor.

(3) Raportarea eronata a unor servicii medicale se regularizeaza conform normelor, la regularizare avandu-se in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate sau raportate eronat in plus.

(4) Sumele ramase neconsumate in primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistenta medicala primara, din care se scade suma estimata pentru plata activitatii medicilor de familie desfasurata in luna decembrie, se utilizeaza pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de familie la valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, care depasesc limitele stabilite prin norme, in mod proportional cu numarul de puncte realizat de fiecare furnizor, pana la consumarea acestor sume.

Completat de art.I pct.13 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(5) Serviciile medicale realizate de medicii de familie care depasesc limitele stabilite prin norme si care nu sunt decontate potrivit alin. (4) sunt incluse in plata per capita.

Completat de art.I pct.13 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Sectiunea a 7-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 17. - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/ medicului, a programului de lucru prevazut in contract si nerespectarea prevederilor art. 13 alin. (4), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 15 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 15 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. a), c), e)-h), j), k), m)-o), q)-v) si z), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice, care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, precum si transcrierea de prescriptii medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala a asiguratului, precum si de investigatii paraclinice, care sunt consecinte ale unor acte medicale prestate de alti medici, in alte conditii decat cele prevazute la art. 7 lit. s), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% valoarea garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 15 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 15 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de

catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 15 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care se inregistreaza aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 7 lit. i) si p), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 15 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct per capita, respectiv suma stabilita potrivit art. 15 in cazul medicilor nou-veniti intr-o localitate, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii de familie la care acestea au fost inregistrate.

Modificat de art.I pct.14 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 7 lit. w), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, retinerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic.

Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei de la art. 7 lit. w) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa

de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute de prezenta hotarare.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) se face prin plata directa sau executare silita efectuata pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(5) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

(9) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(5), casele de

asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic de familie.

Art. 18. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 6 alin. (1) lit. b)-e) cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale si suma corespunzatoare platii per capita.

Art.19. - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul caruia/carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 10

alin. (2);

i) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 17 alin. (1)-(4) pentru oricare situatie.

Art. 20. - Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al CMR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

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

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 18 alin. (1) lit. a), cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

Capitolul II

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate

Art. 21. - (1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

- a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sunt evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru furnizorii exceptati de la obligativitatea acreditarii sau care nu intra sub incidenta prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea [nr. 185/2017](#) privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;
- c) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare, pentru furnizorii obligati sa se acrediteze potrivit reglementarilor Legii [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si cele ale Legii [nr. 185/2017](#), cu modificarile si completarile ulterioare, si, respectiv, sunt acreditati pentru furnizorii care au optat sa parcurga voluntar procesul de acreditare;
- d) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 23 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol, in termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice se asigura de:

- a) **medici de specialitate, inclusiv de catre medici de specialitate medicina fizica si de reabilitare, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal, precum si cu personalul autorizat sau atestat, dupa caz, pentru efectuarea serviciilor de sanatate conexe actului medical;**
- b) **pentru acupunctura, de catre medici care au obtinut competenta/atestat de studii complementare de acupunctura, certificati de Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceasta activitate si incheie contract cu casele de asigurari de sanatate in baza competentei/atestatului de studii complementare;**
- c) **pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu de catre:1. medici de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv de**

catre medici de specialitate medicina fizica si de reabilitare, care au obtinut competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative certificati de Ministerul Sanatatii si care incheie contract cu casele de asigurari de sanatate atat in baza specialitatii, cat si a competentei;

2. medici de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv cu specialitatea medicina de familie si medici de specialitate medicina fizica si de reabilitare care au obtinut competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative certificati de Ministerul Sanatatii care lucreaza exclusiv in aceasta activitate si incheie contract cu casele de asigurari de sanatate in baza competentei/atestatului de studii complementare.

(3) Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, se acorda, dupa caz, prin:

a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea si functionarea cabinetelor medicale, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

b) unitati medico-sanitare cu personalitate juridica infiintate potrivit prevederilor Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

c) unitati sanitare ambulatorii de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie;

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului, inclusiv a spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti;

e) unitati sanitare fara personalitate juridica din structura spitalului;

f) centre de diagnostic si tratament, centre medicale si centre de sanatate multifunctionale - unitati medicale cu personalitate juridica;

g) cabinete de ingrijiri paliative organizate conform dispozitiilor legale in vigoare;

h) societati de turism balnear si de medicina fizica si de reabilitare, constituite potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care

indeplinesc conditiile prevazute de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea si functionarea societatiilor comerciale de turism balnear si de recuperare, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 143/2003.

Modificat de art.I pct.15 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 22. - (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru medicii cu specialitati clinice, inclusiv cu medici de specialitate medicina fizica si de reabilitare, confirmate prin ordin al ministrului sanatatii. In situatia in care un medic are mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, acesta isi poate desfasura activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate si poate acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, in conditiile in care cabinetul medical este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul incheiat. In situatia in care un medic are o specialitate/mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, cat si competenta/atestat de studii complementare pentru ingrijiri paliative, acesta isi poate desfasura activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatii/specialitatilor respective si servicii de ingrijiri paliative, in conditiile in care cabinetul medical este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati si pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul incheiat.

Modificat de art.I pct.16 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(2) Cabinetele medicale de planificare familiala care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie, precum si cabinetele de planificare familiala, altele decat cele din structura spitalelor in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie si medici care au obtinut competenta/atestat de studii complementare de planificare familiala, certificati de

Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceste activitati, incheie contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii de planificare familiala.

(3) Cabinetele medicale de ingrijiri paliative in ambulatoriu in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitati clinice, inclusiv cu specialitatea medicina de familie si medici de specialitate medicina fizica si de reabilitare, cu competenta/ atestat de ingrijiri paliative certificate de Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceste activitati, incheie contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu.

(4) Numarul necesar de medici de specialitate si numarul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinica, inclusiv specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pe judete, pentru care se incheie contractul, se stabileste de catre comisia formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor si ai directiilor de sanatate publica, respectiv ai directiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie, dupa caz, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, aplicabil pe perioada de valabilitate a prezentului contract-cadru. Criteriile se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica. Comisia stabileste numarul necesar de medici si numarul necesar de norme. Pentru specialitatile clinice, inclusiv specialitatea medicina fizica si de reabilitare, prin norma se intelege un program de lucru de 7 ore in medie pe zi si, respectiv, de 35 de ore pe saptamana. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore in medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitatile clinice se ajusteaza in mod corespunzator. La lucrarile comisiei participa, cu rol consultativ, reprezentanti ai organizatiilor patronale si sindicale si ai societatilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare reprezentative la nivel judetean, in conditiile in care sunt constituite astfel de organizatii la nivel local.

Modificat de art.I pct.16 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la

data de 1 aprilie 2022)

(5) Comisia prevazuta la alin. (4) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (4), de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar, la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

(6) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sanatatii, altele decat medici, sa exercite profesii prevazute in Nomenclatorul de functii al Ministerului Sanatatii, care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical sau care sunt in relatie contractuala cu furnizori de servicii de sanatate conexe actului medical, pot raporta serviciile conexe efectuate de acestia prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicala serviciile respective. Serviciile publice de sanatate conexe actului medical, furnizate in cabinetele de libera practica organizate potrivit prevederilor Ordonantei de urgenta a Guvernului [nr. 83/2000](#) privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata cu modificari prin Legea [nr. 598/2001](#), si, dupa caz, organizate potrivit prevederilor Legii [nr. 213/2004](#) privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de libera practica, infiintarea, organizarea si functionarea Colegiului Psihologilor din Romania, cu modificarile ulterioare, se contracteaza de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 23. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevazuti

la art. 21 alin. (3) si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal, pe baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundare, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului. Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala;

2. dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundare, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au aceasta obligatie si au optat sa se acrediteze;

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

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului, cu exceptia cabinetelor medicale individuale si societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat;

f) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

g) programul de activitate al cabinetului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, dupa caz, conform modelului prevazut in norme;

h) actul doveditor privind relatia contractuala dintre

furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare, si furnizorul de servicii de sanatate conexe actului medical, din care sa reiasa si calitatea de prestator de servicii in cabinetul de practica organizat potrivit prevederilor Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001, si, dupa caz, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificarile ulterioare; pentru psihologi se va solicita si certificatul de inregistrare a furnizorului de servicii psihologice, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificarile ulterioare; pentru fizioterapeuti, autorizatie de libera practica eliberata potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016 privind organizarea si exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum si pentru infiintarea, organizarea si functionarea Colegiului Fizioterapeutilor din Romania, cu modificarile ulterioare;

Modificat de art.I pct.17 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

i) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

j) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicala care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

k) copie dupa structura avizata/aprobata conform reglementarilor in vigoare, pentru unitatea sanitara ambulatorie.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de

asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

(4) Medicii, pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

(5) Furnizorii care incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate si pentru furnizarea de servicii medicale in scop diagnostic - caz, la contractare, vor transmite pe langa documentele prevazute la alin. (1) urmatoarele documente, dupa caz:

- copie a contractului incheiat cu un laborator de referinta dintre cele prevazute in Ordinul ministrului sanatatii privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate publica in vigoare;

- copie dupa structura aprobata/avizata conform prevederilor legale in vigoare, din care sa rezulte ca furnizorul are in structura laborator de investigatii medicale paraclinice;

- copie dupa structura aprobata/avizata a furnizorului, din care sa rezulte ca are in structura maternitate, precum si documentul prin care maternitatea este clasificata in gradul I, II sau III.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 24. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, ingrijiri paliative si acupunctura, au urmatoarele obligatii:

Modificat de art.I pct.18 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. **pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea garantata,**

respectiv cu tarifele corespunzatoare aferente serviciilor de acupunctura/serviciilor medicale diagnostice - caz; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

Modificat de art.I pct.19 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor legale in vigoare si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare; sa asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementeaza;

2. formularului de scrisoare medicala; medicul de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicul din specialitatea medicina fizica si de reabilitare elibereaza scrisoare medicala pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea;

Modificat de art.I pct.20 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

3. prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate;

prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare.

In situatia in care un asigurat cu o boala cronica confirmata este internat in regim de spitalizare continua intr-o sectie de acuti/sectie de cronici in cadrul unei unitati sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, medicul de specialitate clinica poate elibera prescriptie medicala pentru medicamentele din programele nationale de sanatate, precum si pentru medicamentele aferente afectiunilor cronice, altele decat cele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescriptia se elibereaza in conditiile prezentarii unui document eliberat de spital din care sa reiasa ca asiguratul este internat, al carui model este stabilit prin norme, si cu respectarea conditiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, precum si formularului pentru ingrijiri medicale la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate, al caror model este prevazut in norme;

d) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde serviciile prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;

e) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

f) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel

tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta dintre parti prevazute in contract;

g) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale, ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

i) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului in conditiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului in limita competentei medicului prescriptor;

j) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui

termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

k) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate, emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

l) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

Modificat de art.I pct.21 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

m) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

n) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

o) sa acorde servicii de asistenta medicala ambulatorie de specialitate asiguratilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu exceptia: urgentelor, afectiunilor prevazute in norme, serviciilor de planificare familiala, precum si a serviciilor medicale diagnostice - caz. Lista cuprinzand afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitatile ambulatorii care acorda asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, se stabileste prin norme. Pentru pacientii din statele membre ale

Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate nu solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de baza, acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale in ambulatoriu;

Modificat de art.I pct.21 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

p) sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicala este un document tipizat, care se intocmeste in doua exemplare, dintre care un exemplar ramane la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicala contine obligatoriu numarul

contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale si se utilizeaza numai de catre medicii care desfasoara activitate in baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevazut in norme;

q) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

r) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

s) sa verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

s) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

t) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

t) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii

serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

u) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. t) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

v) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

w) sa respecte, incepand cu 1 ianuarie 2022, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se

prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021 sau ca medicamentul este produs biologic;

x) sa finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligatii conduce la retinerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligatiei.

Art. 25. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; in aceste situatii, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme;

e) sa primeasca, lunar si trimestrial, cu ocazia regularizarii, din partea caselor de asigurari de sanatate, motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

f) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de

asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 26. - In relatiile cu furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, acupunctura si ingrijiri paliative, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

Modificat de art.I pct.22 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca public, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 196 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la

conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

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

g) sa inmaneze, la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

h) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

j) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii

sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

k) sa faca publica valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, pe pagina electronica a acestora, precum si numarul total de puncte realizat trimestrial la nivel national, afisat pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

Modificat de art.I pct.22 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

l) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

m) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctura si ingrijiri paliative in ambulatoriu acordate de medici conform specialitatii clinice si competentei/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sanatatii si care au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, dupa caz, in conditiile prevazute in norme;

n) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical si tarif pe serviciu medical consultatie/caz, in conditiile stabilite prin norme;

o) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

p) sa contracteze, respectiv sa deconteze din fondul alocat asistentei medicale paraclinice contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice numai daca medicii de specialitate fac dovada capacitatii tehnice corespunzatoare pentru realizarea acestora si au competenta legala necesara, dupa caz.

Sectiunea a 5-a

Conditii specifice

Art. 27. - (1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale incheie un singur contract cu casa de asigurari

de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, dupa caz, inregistrat si autorizat furnizorul de servicii medicale sau cu CASA OPSNAJ. Pentru unitatile sanitare care nu sunt organizate potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, contractele/actele aditionale de furnizare de servicii medicale se incheie de catre reprezentantul legal al unitatii sanitare in structura careia se afla aceste unitati.

(2) Casele de asigurari de sanatate cu care furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, acupunctura si ingrijiri paliative in ambulatoriu, au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

(3) Fiecare medic de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicina fizica si de reabilitare, care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevazute la art. 21 alin. (3) isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu posibilitatea de a-si majora programul de activitate in conditiile prevazute la art. 30 alin.

(2).Exceptie fac medicii de specialitate cu integrare clinica intrun spital aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, care pot desfasura activitate in afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, intrun cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru un program ce nu poate depasi 17,5 ore/saptamana. In sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital se intelege personalul didactic din invatamantul superior medical care are integrare clinica in sectiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unitatii sanitare cu paturi.

(4) Medicii de specialitate din specialitatile clinice, inclusiv medicina fizica si de reabilitare, pot desfasura activitate in cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului si in cabinetele organizate in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate

juridica din structura aceluasi spital, in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sanatate multifunctional, programul de lucru al medicilor si repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislatiei muncii, de medicul-sef al centrului de sanatate multifunctional, aprobate de managerul spitalului si afisate la loc vizibil.

(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice, inclusiv medicina fizica si de reabilitare, care au autorizatiile necesare efectuarii serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sanatatii si CMR, pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, incheind in acest sens un act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice, in conditiile stabilite prin norme.

Modificat de art.I pct.23 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(6) Serviciile medicale in scop diagnostic - caz se contracteaza de casele de asigurari de sanatate numai cu furnizorii care incheie contract de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice si care indeplinesc suplimentar urmatoarele conditii de eligibilitate:

a) au organizat atat ambulatoriul de specialitate clinic, cat si structura de spitalizare de zi in aceeasi specialitate pentru care se incheie contract pentru acest tip de servicii in ambulatoriu; aceasta conditie este obligatorie pentru toti furnizorii care contracteaza acest tip de servicii;

b) au incheiat contract cu laboratoarele de referinta stabilite prin Ordinul ministrului sanatatii privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate publica in vigoare sau, dupa caz, au in structura proprie laborator de investigatii medicale paraclinice, in conditiile prevazute in norme;

c) furnizorul are in structura maternitate de gradul I, II sau III aprobata prin Ordinul ministrului sanatatii nr. 1.881/2006 privind ierarhizarea unitatilor spitalicesti, a sectiilor si compartimentelor de obstetrica-ginecologie si neonatologie, cu

modificarile si completarile ulterioare, in conditiile prevazute in norme.

(7) Serviciile medicale prevazute la alin. (6) se contracteaza de catre furnizori numai in ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice.

(8) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice contracteaza serviciile medicale prevazute la alin. (6) in cadrul programului cabinetului, in conditiile stabilite in norme.

Art. 28. - In cadrul asistentei medicale ambulatorii de specialitate se acorda servicii medicale de specialitate, in conditiile prevazute in norme.

Art. 29. - Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonantei Guvernului [nr. 124/1998](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal. Cabinetele medicale aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate functioneaza cu minimum un/o asistent medical/sora medicala/moasa. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moasei poate fi o norma intreaga sau fractiune de norma.

Art. 30. - (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice, indiferent de forma de organizare, isi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel incat sa asigure accesul asiguratilor pe o durata de minimum 35 de ore pe saptamana si minimum 5 zile pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor in care pentru anumite specialitati exista localitati/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituita potrivit art. 22 alin. (4), pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe saptamana si mai putin de 5 zile pe saptamana.

(2) In situatia in care necesarul de servicii medicale de o anumita specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale in cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe saptamana pentru fiecare medic. In situatia in care programul nu acopera volumul de servicii medicale necesare, se intocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice, organizate in ambulatoriile integrate ale spitalelor si

in centrele multifunctionale fara personalitate juridica din structura spitalelor, pot intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pentru un program de minimum 35 de ore/saptamana si minimum 5 zile pe saptamana sau pentru un program sub 35 de ore/saptamana si mai putin de 5 zile pe saptamana. Reprezentantul legal incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate pentru cabinetele organizate in ambulatoriul integrat al spitalului si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, iar serviciile medicale sunt decontate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate.

Sectiunea a 6-a

Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate

Art. 31. - Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical exprimat in puncte si tariful pe serviciu medical - consultatie/caz, exprimat in lei.

Art. 32. - (1) Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se face prin:

a) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru specialitatile clinice, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical, ajustat in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea, de gradul profesional al medicilor si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si conditiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc in norme. Criteriile de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Valoarea garantata a punctului este unica pe tara, se calculeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, fiind stabilita in norme;

Modificat de art.I pct.24 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de sanatate conexe actului medical, contractate si raportate de furnizorii de servicii medicale clinice,

stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si de valoarea unui punct, in conditiile prevazute in norme. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii pentru specialitatile clinice. Numarul de puncte aferente fiecarui serviciu de sanatate conex actului medical si conditiile acordarii acestora sunt prevazute in norme;

c) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de planificare familiala, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si conditiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc in norme;

d) plata prin tarif pe serviciu medical - consultatie/caz, exprimat in lei, stabilit prin norme, pentru serviciile de acupunctura. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul aferent asistentei medicale de medicina fizica si de reabilitare;

e) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de ingrijiri paliative in ambulatoriu, stabilita in functie de numarul de puncte corespunzatoare consultatiilor si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme. Numarul de puncte aferent consultatiei si conditiile de acordare se stabilesc in norme;

f) plata prin tarif pe serviciu medical in scop diagnostic - caz, exprimat in lei, stabilit prin norme. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul aferent asistentei medicale spitalicesti.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale ambulatorii de specialitate pe baza biletelor de trimitere eliberate, in conditiile stabilite prin norme, de catre:

a) medicii de familie aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate; medicii de specialitate din unitatile ambulatorii prevazute la art. 21 alin. (3), cu respectarea conditiilor prevazute la alin. (5);

b) medicii din cabinetele medicale scolare/studentesti, numai pentru elevi/studenti, in conditiile prevazute in norme;

c) medicii din cabinetele medicale de unitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale;

d) medicii care acorda asistenta medicala din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap, aflate in coordonarea metodologica a Autoritatii Nationale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilitati, Copii si Adoptii, numai pentru persoanele asistate in aceste institutii si numai in conditiile in care aceste persoane nu sunt inscrite pe lista unui medic de familie;

e) medicii care acorda asistenta medicala din directiile generale de asistenta sociala si protectia copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilita o masura de protectie speciala in conditiile legii si numai in conditiile in care acestia nu sunt inscrisi pe lista unui medic de familie;

f) medicii care acorda asistenta medicala din alte institutii de ocrotire sociala, numai pentru persoanele institutionalizate si numai in conditiile in care acestea nu sunt inscrite pe lista unui medic de familie;

g) medicii dentisti/medicii stomatologi si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti, numai pentru elevi, respectiv studenti; medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

h) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica.

(3) Fac exceptie de la prevederile alin. (2) urgentele si afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, prevazute in norme, serviciile de planificare familiala, precum si serviciile medicale in scop diagnostic - caz, prevazute la art. 27 alin. (6). Pentru afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, pentru serviciile de planificare familiala, precum si pentru serviciile medicale in scop diagnostic - caz prevazute la art. 27 alin. (6), medicii de specialitate au obligatia de a verifica calitatea de asigurat.

(4) Pentru situatiile prevazute la alin. (2) lit. b), d)-f),

casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situatia prevazuta la alin. (2) lit. g), casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia pentru specialitatile clinice, daca este necesara rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar. Pentru situatia prevazuta la alin. (2) lit. h), casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia, pentru serviciile medicale clinice. Medicii prevazuti la alin. (2) lit. b), d)-g) si h) incheie, direct sau prin reprezentant legal, dupa caz, conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care acestia isi desfasoara activitatea, cu exceptia dentistilor/medicilor dentisti/medicilor stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care incheie conventie cu CASA OPSNAJ.

(5) Trimiterea asiguratului de catre un medic de specialitate aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate catre un alt medic de specialitate din ambulatoriu aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate se face pe baza biletului de trimitere, numai in situatia in care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care elibereaza biletul de trimitere respectiv.

Art. 33. - (1) Pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice la nivel national, se scade suma corespunzatoare punerii in aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3), inclusiv suma reprezentand regularizarea trimestrului IV al anului anterior.

(2) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale ambulatorii si casele de asigurari de sanatate, pe baza documentelor prezentate de furnizori pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea

lunara se face la valoarea garantata pentru un punct, unica pe tara si prevazuta in norme. Regularizarea trimestriala se face pana cel tarziu la data de 18 a celei de a doua luni dupa incheierea trimestrului, conform normelor.

(3) Sumele ramase neconsumate in primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru anul 2022, pentru asistenta medicala de specialitate pentru specialitatile clinice, din care se scade suma estimata pentru plata activitatii medicilor de specialitate clinica, inclusiv specialitatea medicina fizica si de reabilitare desfasurata in luna decembrie, se utilizeaza pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de specialitate clinica, inclusiv specialitatea medicina fizica si de reabilitare, la valoarea garantata a punctului pe serviciu medical, care depasesc limitele stabilite prin norme, in mod proportional cu numarul de puncte realizat de fiecare furnizor, pana la consumarea acestor sume.

Modificat de art.I pct.25 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 34. - Raportarea eronata a unor servicii medicale clinice, a serviciilor de planificare familiala si a serviciilor de ingrijire paliativa in ambulatoriu se regularizeaza conform normelor. La regularizare se au in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate sau raportate eronat in plus.

Sectiunea a 7-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului

de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate

Art. 35. - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/ medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au produs aceste situatii,

pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 24 lit. a), c), d), g), i), k)-m), p)-s), v), w), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decat cel prevazut in norme sau neeliberarea acesteia, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a punctului, pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru planificare familiala

si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(3) In cazul in care se constata in derularea contractului, de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente, nerespectarea obligatiei prevazute la art. 24 lit. o) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea garantata a punctului pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru medicii din specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru planificare familiala si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau contravaloarea serviciilor de acupunctura/ contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 24 lit. f), h) si n), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru planificare familiala si pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop diagnostic - caz pentru luna in care sau produs aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea garantata a unui punct pe serviciu, pentru luna in care s-au produs aceste situatii, pentru specialitatile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru planificare familiala si pentru ingrijiri paliative in ambulatoriu, la care se inregistreaza aceste situatii sau se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de

**acupunctura/contravaloarea serviciilor medicale in scop
diagnostic - caz pentru luna in care sau produs aceste situatii.**

Modificat de art.I pct.26 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 24 lit. t), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, retinerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic. Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei de la art. 24 lit. t) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute de prezentul contract-cadru.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data

primirii raspunsului la contestatie suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(5), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(5) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare, cu aceeasi destinatie.

Art. 36. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 23 alin. (1) lit. b)-e) cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctura si pentru serviciile prevazute la art. 27 alin. (6) se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile medicale.

Art. 37. - Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii

acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, inclusiv de servicii medicale din specialitatea medicina fizica si de reabilitare, de servicii de planificare familiala, acupunctura si pentru ingrijirile paliative in ambulatoriu, de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si a documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si a documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

Modificat de art.I pct.27 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 27 alin. (3);

i) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 35 alin. (1)-(4).

Art. 38. - Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele

situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al CMR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

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

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 36 alin. (1) lit. a), cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul III

Asistenta medicala ambulatorie de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament

Modificat de art.I pct.28 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Sectiunea 1
Conditii de eligibilitate

Art. 39. - (1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

Modificat de art.I pct.29 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

- a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
 - b) sunt evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru furnizorii exceptati de la obligativitatea acreditarii sau care nu intra sub incidenta prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;
 - c) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare, pentru furnizorii obligati sa se acrediteze potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificarile si completarile ulterioare, si respectiv sunt acreditati pentru furnizorii care au optat sa parcurga voluntar procesul de acreditare;
 - d) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 41 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol in termenele stabilite pentru contractare.
- (2) Asistenta medicala ambulatorie pentru specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare se asigura de medici de specialitatea medicina fizica si de reabilitare, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal, si se acorda prin:
- a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;
 - b) unitati sanitare ambulatorii de medicina fizica si de

reabilitare, inclusiv cele apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie;

c) societati de turism balnear si de medicina fizica si de reabilitare, constituite conform Legii nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care indeplinesc conditiile prevazute de Ordonanta de urgenta a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea si functionarea societatilor comerciale de turism balnear si de recuperare, aprobata cu modificari si completari prin Legea nr. 143/2003;

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura spitalului, inclusiv al spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti.

(3) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare in baza de tratament pentru serviciile pentru care fac dovada functionarii cu personal de specialitate, cu obligativitatea existentei a cel putin unui medic de specialitate medicina fizica si de reabilitare care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, si dotarea necesara conform legislatiei in vigoare.

Completat de art.I pct.30 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(4) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte pentru furnizarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare acordate de catre furnizorii prevazuti la alin. (2), in baza structurilor functionale autorizate.

Completat de art.I pct.1 din [HG 801/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 iulie 2022)

Art. 40.

La anexa nr. 2, articolul 40 abrogat de art.I pct.31 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 41. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevazuti la art. 39 alin. (2) si casa de asigurari de sanatate se incheie in baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundar(e), dupa caz - pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala;

2. dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundar(e), dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului; Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au aceasta obligatie si au optat sa se acrediteze;

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

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului, cu exceptia cabinetelor medicale individuale si a societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat;

f) lista cu tipul si numarul de aparate aflate in dotare;

g) programul de lucru al bazei de tratament/al punctului de lucru/punctelor de lucru secundar(e), conform modelului prevazut in norme;

Modificat de art.I pct.32 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

h) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu

casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

La anexa nr. 2 articolul 41 alineatul (1), litera i) abrogata de art.I pct.33 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

j) certificat de membru al CMR, pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

l) autorizatie de libera practica pentru fizioterapeuti eliberata conform prevederilor legale.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

La anexa nr. 2 articolul 41, alineatul (4) abrogata de art.I pct.34 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 42. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament au urmatoarele obligatii:

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa tina evidenta serviciilor de medicina fizica si de reabilitare, in ceea ce priveste tipul serviciului acordat, data si ora acordarii, durata serviciului, prin completarea unei fise de tratament intocmite conform recomandarilor din planul eliberat de medicul de specialitate de medicina fizica si de reabilitare;

d) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde asiguratilor serviciile prevazute in pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;

e) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore - programul furnizorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicina fizica

si de reabilitare care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la furnizor/punctul de lucru respectiv, cu exceptia localitatilor/zonelor deficitare in ceea ce priveste specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru care programul furnizorului/punctului de lucru respectiv poate fi sub 7 ore/zi, respectiv sub 35 de ore pe saptamana, si mai putin de 5 zile pe saptamana, program acoperit de medic/medici cu specialitatea medicina fizica si de reabilitare; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

Modificat de art.I pct.2 din [HG 801/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 iulie 2022)

f) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

g) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

i) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

j) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

k) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

l) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii decontate din Fond;

m) sa acorde servicii de medicina fizica si de reabilitare in baza de tratament asiguratilor numai pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, serviciile se acorda pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicina fizica si de reabilitare, al carui model este prevazut in norme;

n) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si

al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

o) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul online pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

p) sa foloseasca online sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul offline; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate offline se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

q) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. p), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in

luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

Modificat de art.I pct.35 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 43. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament au urmatoarele drepturi:

Modificat de art.I pct.36 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

Modificat de art.I pct.36 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

f) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru serviciile

de medicina fizica si de reabilitare - serii de proceduri de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, in conditiile stabilite prin norme;

g) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 44. - In relatiile cu furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

Modificat de art.I pct.37 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de

maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin email la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in

termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor, motivarea sumelor decontate in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor numai daca furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament au in dotare aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in norme;

l) sa contracteze servicii medicale, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe zi de tratament, in conditiile stabilite prin norme;

m) sa deconteze serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicina fizica si de reabilitare aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;

n) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament cu care au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, in conditiile respectarii prevederilor art. 45 alin. (2).

Modificat de art.I pct.37 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

o) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Art. 45. - (1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru inregistrate si autorizate furnizorul de servicii medicale sau cu CASAOPSNAJ.

Modificat de art.I pct.38 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, astfel:

Modificat de art.I pct.39 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

a) daca furnizorul are incheiat contract atat cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi desfasoara activitatea, cat si cu CASA OPSNAJ, fiecare casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor aflati in evidentele proprii. Pentru asiguratii aflati in evidenta altor case de asigurari de sanatate, decontarea serviciilor medicale se face de catre casa in a carei raza administrativ-teritoriala isi desfasoara activitatea furnizorul;

b) daca furnizorul are incheiat contract numai cu o casa de asigurari de sanatate dintre cele prevazute la lit. a), aceasta deconteaza contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul. In acest sens, furnizorii de servicii de medicina fizica si de reabilitare au obligatia de a depune la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prevazut in norme.

La anexa nr. 2 articolul 45, alineatele (3)-(5) abrogate de art.I pct.40 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 46. - Serviciile medicale de medicina fizica si de

reabilitare in bazele de tratament se acorda in conditiile prevazute in norme.

Modificat de art.I pct.41 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 47.

La anexa nr. 2, articolul 47 abrogat de art.I pct.42 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 48. - (1) Furnizorul isi stabileste programul de activitate zilnic, astfel incat sa asigure accesul asiguratilor pe o durata de minimum 35 de ore pe saptamana si minimum 5 zile pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu casele de asigurari de sanatate; exceptie fac furnizorii/punctele de lucru ale acestora aflate in localitati/zone deficitare in ceea ce priveste specialitatea medicina fizica si de reabilitare, pentru care programul de activitate zilnic poate fi sub 7 ore/zi, respectiv sub 35 de ore pe saptamana, si mai putin de 5 zile pe saptamana.

Modificat de art.I pct.3 din HG 801/2022 (intra in vigoare la data de 1 iulie 2022)

(2) In situatia in care programul nu acopera volumul de servicii medicale necesare, se intocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

Modificat de art.I pct.43 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Sectiunea a 6-a

Contractarea si decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare

Art. 49. - (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare din baza de tratament cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere numarul de zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Suma contractata se stabileste conform normelor si se defalca pe trimestre si luni, tinandu-se cont si de activitatea specifica sezoniera.

(2) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale

in asistenta medicala ambulatorie de medicina fizica si de reabilitare din baza de tratament este tariful pe zi de tratament, exprimat in lei.

Modificat de art.I pct.44 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(3) Contractarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare se face din fondul alocat asistentei medicale de medicina fizica si de reabilitare.

Art. 50. - Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament, in conditiile stabilite prin norme, numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicina fizica si de reabilitare aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

Modificat de art.I pct.45 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 51. - (1) Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament, furnizate in luna anterioara, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale ambulatorii de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament si casele de asigurari de sanatate, pe baza documentelor prezentate de furnizori pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament incaseaza de la asiguratii suma corespunzatoare coplatii pentru serviciile de medicina fizica si de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de baza de care au beneficiat asiguratii, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplatii este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplatii este stabilita de fiecare furnizor pe baza de criterii proprii.

Modificat de art.I pct.46 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(3) Categoriile de asiguratii scutite de coplata, prevazute la

art. 225 din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, fac dovada acestei calitati cu documente eliberate de autoritatile competente ca se incadreaza in respectiva categorie, precum si cu documente si/sau, dupa caz, cu declaratie pe propria raspundere ca indeplinesc conditiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevazut in norme.

Sectiunea a 7-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului

de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie

de specialitate pentru specialitatea clinica medicina fizica si de reabilitare

Art. 52. - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament aferente lunii in care s-au produs aceste situatii, pentru fiecare dintre aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament aferente lunii in care s-au produs aceste situatii, pentru fiecare dintre aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 42 lit. a), c), d), g), j), k), n) si o) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament aferente lunii in care s-au inregistrat aceste

situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente nerespectarea obligatiei prevazute la art. 42 lit. m) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 42 lit. f), h) si l) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni

de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(6) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare furnizor, dupa caz.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Modificat de art.I pct.47 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Art. 53. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

Modificat de art.I pct.48 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 41 alin. (1) lit. b)-e), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de

timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioada de maximum 30 de zile pe an calendaristic, in situatii care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului.

Modificat de art.I pct.48 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare.

(4) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. f) pentru perioada de suspendare, valoarea lunara de contract nu se reduce proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea, daca valoarea lunara de contract a fost epuizata anterior perioadei de suspendare; in situatia in care valoarea lunara de contract nu a fost epuizata aceasta se diminueaza cu suma ramasa neconsumata pana la data suspendarii.

Art. 54. - Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in bazele de tratament se

reziliaza de plin drept, printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

Modificat de art.I pct.49 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare a furnizorului;

e) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a personalului medico-sanitar, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

Modificat de art.I pct.49 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin

lipsa nejustificata a medicului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive.

Modificat de art.I pct.49 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

La anexa nr. 2 articolul 54, litera h) abrogata de art.I pct.50 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

i) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 52 alin. (1)-(4).

Art. 55. - Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare in baza de tratament inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

Modificat de art.I pct.51 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale de medicina fizica si de reabilitare isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al CMR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

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

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a

contractului in conditiile art. 53 alin. (1) lit. a), cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul IV

Asistenta medicala dentara

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate

Art. 56. - (1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de medicina dentara trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

- a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sunt evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru furnizorii exceptati de la obligativitatea acreditarii sau care nu intra sub incidenta prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea [nr. 185/2017](#) privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;
- c) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare, pentru furnizorii obligati sa se acrediteze potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare si cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificarile si completarile ulterioare si, respectiv, sunt acreditati pentru furnizorii care au optat sa parcurga voluntar procesul de acreditare;
- d) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 58 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol, in termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala dentara se asigura de medici dentisti/medici stomatologi si dentisti, impreuna cu alt personal, de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal, si se acorda prin:

- a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile

si completarile ulterioare;

b) unitatea medico-sanitara cu personalitate juridica infiintata potrivit prevederilor Legii societatilor [nr. 31/1990](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

c) unitatea sanitara ambulatorie de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retele sanitare proprii;

d) ambulatoriul de specialitate si ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti;

e) centre de sanatate multifunctionale, cu sau fara personalitate juridica, inclusiv cele apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie;

f) centre de diagnostic si tratament si centre medicale - unitati medicale cu personalitate juridica.

Art. 57. - (1) Furnizorii de servicii de medicina dentara incheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicina dentara cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul cabinetul medical sau cu o casa de asigurari de sanatate limitrofa ori cu CASA OPSNAJ, dupa caz, in conditiile stabilite prin norme.

(2) Furnizorii de servicii de medicina dentara care au autorizatiile necesare efectuarii serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sanatatii, Comisia Nationala pentru Controlul Activitatilor Nucleare si Colegiul Medicilor Stomatologi din Romania - denumit in continuare CMSR, pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare si panoramice din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, incheind in acest sens un act aditional la contractul de furnizare de servicii de medicina dentara, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 58. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale

dintre furnizorii de servicii de medicina dentara prevazuti la art. 56 alin. (2) si casa de asigurari de sanatate se incheie in baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului precum si a punctului/punctelor de lucru secundare, dupa caz, - pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala;

2. dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundare, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului; Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au aceasta obligatie si au optat sa se acrediteze;

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

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului, cu exceptia cabinetelor medicale individuale si societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat;

f) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

g) programul de activitate al cabinetului/punctului/punctelor de lucru secundare, conform modelului prevazut in norme;

h) certificat de membru al CMSR, pentru fiecare medic dentist

care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

(4) Medicii, pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor

Art. 59. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara au urmatoarele obligatii:

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare si partea de contributie

personala suportata de asigurat; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor legale in vigoare si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare; sa asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementeaza;

2. formularului de scrisoare medicala; medicul de specialitate elibereaza scrisoare medicala pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea;

3. prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in

vigoare;

d) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;

e) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

f) sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

g) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

i) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

j) sa asigure acordarea asistentei medicale de medicina

dentara necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

k) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate.

Modificat de art.I pct.52 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

l) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului in conditiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului in limita competentei medicului prescriptor;

m) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

n) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate

prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

o) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

p) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

q) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

r) sa comunice casei de asigurari de sanatate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face in ziua in care se inregistreaza aceasta situatie prin serviciul on-line pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

s) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior

nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

s) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. s) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

t) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

t) sa respecte, incepand cu 1 ianuarie 2022, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021, sau ca medicamentul

este produs biologic.

Art. 60. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale de medicina dentara au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa incaseze de la asigurati contributia personala reprezentand diferenta dintre tariful serviciului medical prevazut in norme si suma decontata de casele de asigurari de sanatate corespunzatoare aplicarii procentului de compensare la tariful serviciului medical, conform normelor;

d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

g) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 61. - In relatiile cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele

obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicina dentara care indeplinesc conditiile de eligibilitate, si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 196 alin. (1) furnizorii de servicii medicale de medicina dentara cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare,

dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicina dentara sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de platforma informatica din asigurarile de sanatate;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor motivarea sumelor decontate in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

k) sa contracteze si sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicina dentara si contravaloarea investigatiilor medicale paraclinice (radiografie dentara retroalveolara si radiografie panoramica), numai daca medicii au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile

prevazute in norme;

l) sa contracteze servicii medicale de medicina dentara, respectiv sa deconteze serviciile medicale de medicina dentara efectuate, raportate si validate, prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical, in conditiile stabilite prin norme.

m) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Sectiunea a 5-a

Conditii specifice

Art. 62. - (1) Casele de asigurari de sanatate cu care furnizorii de servicii de medicina dentara au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

(2) Fiecare medic de medicina dentara care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevazute la art. 56 alin. (2) isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Art. 63. - In cadrul asistentei medicale ambulatorii de medicina dentara se acorda servicii medicale de medicina dentara in conditiile prevazute in norme.

Art. 64. - (1) Cabinetele de medicina dentara isi stabilesc programul de activitate in functie de volumul serviciilor de medicina dentara contractate, astfel incat programul de lucru/medic in contract cu casa de asigurari de sanatate sa fie de 3 ore/zi la cabinet, cu exceptia medicilor cu integrare clinica pentru care programul de lucru este de 3,5 ore/zi la cabinet.

(2) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea de medicina dentara, indiferent de forma de organizare, incheie contract cu casele de asigurari de sanatate pentru serviciile prevazute in pachetele de servicii, care se deconteaza din fondul alocat asistentei medicale dentare.

(3) Conditii de decontarii serviciilor de medicina dentara sunt stabilite prin norme.

(4) Pentru cabinetele medicale de medicina dentara din structura spitalelor, reprezentantul legal incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate pentru cabinetele organizate in ambulatoriul integrat al spitalelor si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica, cu respectarea prevederilor alin. (2).

Art. 65. - (1) Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu:

a) medicii dentisti/medicii stomatologi si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia - numai pentru elevi si studenti - pentru investigatii medicale de radiologie dentara si pentru specialitatile clinice, daca este necesara rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar;

b) medicii dentisti/medicii stomatologi si dentistii din cabinetele stomatologice din penitenciare, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia - numai pentru persoanele private de libertate - pentru investigatii medicale de radiologie dentara si pentru specialitatile clinice, daca este necesara rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Medicii prevazuti la alin. (1) lit. a) incheie, direct sau prin reprezentantul legal, dupa caz, conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care acestia isi desfasoara activitatea, iar cei prevazuti la alin. (1) lit. b) incheie conventie cu CASA OPSNAJ.

Sectiunea a 6-a

Contractarea si decontarea serviciilor medicale de medicina dentara

Art. 66. - (1) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical in lei.

(2) Suma convenita se stabileste in functie de numarul de servicii medicale si de tarifele aferente acestora. Conditiiile privind contractarea si acordarea serviciilor medicale sunt cele prevazute in prezenta hotarare si in norme, iar tarifele aferente

serviciilor de medicina dentara sunt prevazute in norme. Suma contractata de medicii dentisti/medicii stomatologi si dentisti pe an se defalca pe luni si trimestre si se regularizeaza conform normelor.

Sectiunea a 7-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicina dentara

Art. 67. - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/ medicului, a programului de lucru prevazut in contract, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 59 lit. a), c), d), g), j)-m), o), p), r), t) si t), precum si prescrieri de medicamente cu si fara contributie personala din partea asiguratului si/sau recomandari de investigatii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt in conformitate cu reglementarile legale in vigoare aplicabile in domeniul sanatatii, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu

10% contravaloarea serviciilor de medicina dentara aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 59 lit. f), h) si n), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 59 lit. q), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, retinerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic. Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei prevazute la art. 59 lit. q) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor, care va verifica si, dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute de prezentul contract-cadru.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are

dreptul ca, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(7) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(5), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(5) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 68. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 58 alin. (1) lit. b)-e), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora;

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

contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor stomatologi de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum si pentru unitatile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic si tratament, centrele medicale, centrele de sanatate multifunctionale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate si care se afla in aceasta situatie;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMSR/membru al OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile de medicina dentara.

Art. 69. - Contractul de furnizare de servicii de medicina dentara se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, documentele solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare, in urma controlului efectuat, a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate (cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) daca se constata nerespectarea programului de lucru prevazut in contractul cu casa de asigurari de sanatate prin lipsa nejustificata a medicului timp de 3 zile consecutive, in cazul cabinetelor medicale individuale; in cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifica in mod corespunzator prin excluderea medicului/medicilor in cazul carora s-a constatat nerespectarea nejustificata a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 67 alin. (1)-(4).

Art. 70. - Contractul de furnizare de servicii medicale de medicina dentara inceteaza la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre

urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale de medicina dentara isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al CMSR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

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

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 68 alin. (1) lit. a), cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul V

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate

Art. 71. - (1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii paraclinice trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
b) sunt evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale;

c) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare - pentru furnizorii de investigatii medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara, potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale Legii nr. 185/2017, cu modificarile si completarile ulterioare, si, respectiv, sunt acreditati pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale care au optat sa parcurga voluntar procesul de acreditare;

d) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 73 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol in termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice se asigura de medici de specialitate, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal si se acorda prin:

a) laboratoare de investigatii medicale paraclinice organizate potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului [nr. 124/1998](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

b) unitati medico-sanitare cu personalitate juridica infiintate conform Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

c) unitati sanitare ambulatorii de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie;

d) laboratoarele din centrele de sanatate multifunctionale, fara personalitate juridica, si laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti;

e) centre de diagnostic si tratament, centre medicale si centre de sanatate multifunctionale - unitati medicale cu personalitate juridica.

Art. 72. - (1) Furnizorii de servicii medicale paraclinice incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru medicii pe care ii reprezinta, in baza specialitatii obtinute de catre acestia si confirmate prin ordin al ministrului sanatatii.

In situatia in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, acesta isi poate desfasura activitatea in baza contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, in conditiile in care furnizorul este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati si autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzator.

(2) Casele de asigurari de sanatate incheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru/punctele secundare de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociatiune in participatiune ori investitionala cu o unitate sanitara cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, contracte de furnizare de servicii - investigatii medicale paraclinice in ambulatoriu, utilizand sume din fondurile aferente asistentei medicale paraclinice.

(3) Pentru laboratoarele de investigatii medicale paraclinice organizate in cadrul centrelor de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica, casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza serviciile medicale paraclinice in conditiile contractului-cadru si ale normelor, serviciile realizate conform contractului incheiat fiind decontate din fondul aferent asistentei medicale paraclinice.

(4) Pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, toti furnizorii de servicii medicale paraclinice trebuie sa indeplineasca criteriul de calitate prevazut in norme.

(5) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru inregistrate si autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice sau cu CASA OPSNAJ. Prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurari de sanatate nu incheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

(6) Pentru laboratoarele de investigatii medicale paraclinice organizate in cadrul spitalului care furnizeaza servicii medicale paraclinice in regim ambulatoriu, reprezentantul legal incheie un

singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv pentru cel din centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica, in conditiile prevazute in norme.

(7) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator isi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura lor, cu exceptia laboratoarelor de anatomie patologica/laboratoarelor de anatomie patologica organizate ca puncte de lucru din structura lor, pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie-imagistica medicala si medicina nucleara isi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistica medicala si medicina nucleara/laborator de radiologie-imagistica medicala si medicina nucleara organizat ca punct de lucru din structura lor. In situatia in care in structura unui laborator de analize medicale este organizat si avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie sa faca dovada ca in cadrul acestuia isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intro forma legala de exercitare a profesiei.

(8) Fiecare medic de specialitate din specialitatile paraclinice care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevazute la art. 71 alin. (2) isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu posibilitatea de a-si majora programul de activitate in conditiile prevazute la alin. (10).

Exceptie fac medicii de specialitate cu integrare clinica intrun spital aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, care pot desfasura activitate in afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, intrun cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, astfel incat intreaga activitate desfasurata in relatie cu casa de asigurari de sanatate sa respecte legislatia muncii. In sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital se intelege personalul didactic din invatamantul superior medical

care are integrare clinica in sectiile clinice/ambulatoriul de specialitate al(e) unitatii sanitare cu paturi.

Modificat de art.I pct.53 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(9) Medicii de specialitate din specialitatile paraclinice pot desfasura activitate in laboratoarele de investigatii medicale paraclinice ale spitalului care furnizeaza servicii medicale paraclinice in regim ambulatoriu si in laboratoarele organizate in cadrul centrului de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(10) In situatia in care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale in cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe saptamana pentru fiecare medic. In situatia in care programul nu acopera volumul de servicii medicale necesare, se intocmesc liste de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice.

Modificat de art.I pct.53 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 73. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate paraclinice prevazuti la art. 71 alin. (2) si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal, pe baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie

contractuala;

2. dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru secundare, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

Dovada de acreditare se depune la contractare de furnizorii care nu au aceasta obligatie si au optat sa se acrediteze;

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

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

f) documentele necesare pentru incadrarea acestora in criteriile de selectie conform conditiilor stabilite prin norme;

g) buletinul de verificare periodica pentru aparatura de radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara, emis de Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale din Romania, denumita in continuare ANMMDMR, pentru aparatura din dotare, dupa caz;

h) avizul de utilizare, emis de ANMMDMR, pentru aparatura second-hand din dotare;

i) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

j) programul de activitate al laboratorului/punctului/punctelor de lucru/punctului secundar de lucru, dupa caz, conform modelului prevazut in norme;

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

l) certificat in conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau alt standard adoptat in Romania, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara;

m) dovada participarii la schemele de testare a competentei pentru laboratoarele de analize medicale;

n) autorizatia sanitara de functionare separata pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

o) autorizatia pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate in punctele externe de recoltare;

p) documentele privind detinerea mijloacelor de transport auto individualizate si care sunt utilizate numai pentru activitatea prevazuta la lit. o);

q) lista aparatelor utilizate de furnizor pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

r) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

s) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

s) certificatul de membru al Ordinului Biochimistilor, Biologilor, Chimistilor in Sistemul Sanitar din Romania, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist medical care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/se avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

t) certificatul de membru al Colegiului Farmacistilor din Romania, pentru farmacisti, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/se avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic, asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor

Art. 74. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice au urmatoarele obligatii:

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. pachetul de baza cu tarifele corespunzatoare; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de

sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde asiguratilor serviciile prevazute in pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;

d) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

e) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

f) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

g) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

h) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate

emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

i) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate.

Modificat de art.I pct.54 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

j) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens pentru serviciile prevazute in biletul de trimitere; sa nu incaseze sume pentru acte medicale si servicii/documente efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare investigatiei;

k) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice medicului de familie care a facut recomandarea si la care este inscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a facut recomandarea investigatiilor medicale paraclinice, acesta avand obligatia de a transmite rezultatele investigatiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

l) sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de

asigurari sociale de sanatate privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

m) sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a incheiat contract cu casa de asigurari de sanatate;

n) sa efectueze investigatiile medicale paraclinice numai in baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate; investigatiile efectuate fara bilet de trimitere nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice in ambulatoriu. Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice in ambulatoriu. Furnizorul efectueaza investigatii paraclinice pe

baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala medicul care l-a eliberat;

o) sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

p) sa utilizeze numai reactivi care intra in categoria dispozitivelor medicale in vitro si au declaratii de conformitate CE emise de producatori si sa practice o evidenta de gestiune cantitativ-valorica lunara corecta si actualizata pentru reactivi in cazul furnizorilor de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

q) sa asigure mentenanta si intretinerea aparatelor din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, conform specificatiilor tehnice, cu firme avizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca conform standardului SR EN ISO 15189;

r) sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate ca parte componenta a criteriilor de selectie, in conditiile prevazute in norme, pe toata perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator; analizele medicale prevazute in pachetul de baza pentru care se solicita certificatul de acreditare se stabilesc prin norme;

s) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative din care sa reiasa corelarea intre tipul si cantitatea de reactivi achizitionati si toate analizele efectuate pe perioada controlata, atat in relatie contractuala, cat si in afara relatiei contractuale cu casa de asigurari de sanatate. Documentele justificative puse la dispozitia organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fise de evidenta reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care sa reiasa tipul-denumirea, cantitatea, numar lot cu termen de valabilitate, data intrarii, data punerii in consum si ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative anterior mentionate se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de

furnizare de servicii medicale. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordante intre numarul si tipul investigatiilor medicale paraclinice efectuate in perioada verificata si cantitatea de reactivi/consumabile achizitionati(te) conform facturilor si utilizati(te) in efectuarea investigatiilor medicale paraclinice, aceasta sesizeaza mai departe institutiile abilitate de lege sa efectueze controlul unitatii respective;

s) sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea medicina de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicala, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat si prevazut in contract, in fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicina de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; sa asigure prezenta unui medic de radiologie - imagistica medicala, respectiv de medicina nucleara in fiecare laborator de radiologie - imagistica medicala, respectiv medicina nucleara/punct de lucru din structura furnizorului, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru; sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea anatomie patologica declarat si prevazut in contract, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel putin o norma/zi (6 ore);

t) sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodica, emis de ANMDMR, pentru aparatura din dotare, dupa caz. Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevazute in norme;

t) sa consemneze in buletinele care cuprind rezultatele investigatiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de

laborator efectuate si intervalele biologice de referinta ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;

u) sa stocazeze in arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigatiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistica medicala si medicina nucleara, in conformitate cu specificatiile tehnice ale aparatului si in conditiile prevazute in norme, pentru asiguratii carora le-au furnizat aceste servicii;

v) sa nu incheie contracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigatiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia furnizorilor de servicii de sanatate conexe actului medical, organizati conform Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001;

w) sa transmita lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura;

x) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

y) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; nerespectarea transmiterii pe perioada derularii contractului la a treia constatare in cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

z) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

aa) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La

stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (11) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

ab) sa prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate inregistrari ale controlului intern de calitate, nivel normal si patologic, care sa dovedeasca efectuarea si validarea acestuia in conformitate cu cerintele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi in care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; in cazul in care furnizorul nu poate prezenta aceasta dovada, contractul se reziliaza de plin drept;

ac) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. aa) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ad) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in

relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala.

Art. 75. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea in format electronic cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

f) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 76. - In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii; criteriile si punctajele aferente pe baza carora s-a stabilit valoarea de contract sunt afisate de catre casa de asigurari de sanatate in formatul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale paraclinice, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia decontarii lunare, motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) sa actualizeze in PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

j) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate in baza biletelor de trimitere utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai daca medicii de specialitate din specialitatile clinice care au incheiate acte aditionale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competenta legala necesara si au in dotarea cabinetului aparatura medicala corespunzatoare pentru realizarea acestora, in conditiile prevazute in norme;

l) sa contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv sa deconteze serviciile medicale efectuate, raportate si validate,

prevazute in lista serviciilor medicale pentru care plata se efectueaza prin tarif pe serviciu medical, in conditiile stabilite prin norme;

m) sa deconteze investigatiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se afla in relatie contractuala, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul si indiferent daca medicul care a facut recomandarea se afla sau nu in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice;

n) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

o) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

p) sa aduca la cunostinta casei de asigurari de sanatate cu care medicul care a facut recomandarea pentru investigatii medicale paraclinice se afla in relatie contractuala situatiile in care nu au fost respectate prevederile legale in vigoare referitoare la recomandarea de investigatii medicale paraclinice, in vederea aplicarii sanctiunilor prevazute de prezentul contract-cadru, dupa caz.

Sectiunea a 5-a

Contractarea si decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

Art. 77. - (1) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice este tariful pe serviciu medical, exprimat in lei.

(2) Suma convenita se stabileste in functie de numarul de servicii medicale si de tarifele aferente acestora. Conditiiile

contractarii si conditiile acordarii serviciilor medicale sunt prevazute in norme. Suma contractata de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalca pe trimestre si luni si se regularizeaza conform normelor. Casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza servicii medicale paraclinice in conditiile stabilite prin norme.

Art. 78. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile paraclinice pe baza biletelor de trimitere eliberate, in conditiile stabilite prin norme, de catre:

a) medicii de familie aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate;

b) medicii de specialitate din unitatile ambulatorii, aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate;

c) medicii din cabinetele medicale de unitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale, aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate;

d) medicii dentisti/medicii stomatologi si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti, numai pentru elevi, respectiv studenti, medicii dentisti/medicii stomatologi si dentistii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentara retroalveolara si panoramica;

e) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. d) si e), casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia pentru investigatii medicale paraclinice. Medicii prevazuti la lit. d) si e) incheie, direct sau prin reprezentant legal, dupa caz, conventie cu o singura casa de asigurari de sanatate, respectiv cu cea in a carei raza administrativ-teritoriala se afla cabinetul/unitatea in care acestia isi desfasoara activitatea, cu exceptia dentistilor/medicilor dentisti/medicilor stomatologi din

cabinetele stomatologice din penitenciare care incheie conventie cu CASA OPSNAJ pentru investigatii paraclinice de radiologie dentara.

(3) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

Art. 79. - Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale ambulatorii si casele de asigurari de sanatate, pe baza documentelor prezentate de furnizori pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale.

Sectiunea a 6-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice

Art. 80. - (1) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/ medicului, a programului de lucru prevazut in contract se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 74 lit. a), c), f), h), i), k)-m), o)-q), w), x), ad) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% contravaloarea

serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente nerespectarea obligatiei prevazute la art. 74 lit. n) si/sau serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 74 lit. e), j) si z) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data

primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(6) Pentru cazurile prevazute la alin. (1)-(4), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare medic/furnizor, dupa caz.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 81. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea/anularea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 73 alin. (1) lit. b)-e), k) si l) cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii acestora - pentru documentele prevazute la art. 73 alin. (1) lit. b)-e), respectiv pentru o perioada de maximum 90 de zile pentru documentele prevazute la art. 73 alin. (1) lit. k) si l);

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea

desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiintata de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercitiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, suspendarea se aplica corespunzator numai medicului aflat in contract cu casa de asigurari de sanatate care se afla in aceasta situatie;

e) in situatia in care casa de asigurari de sanatate/Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sesizeaza neconcordante intre investigatiile medicale efectuate in perioada verificata si cantitatea de reactivi achizitionati conform facturilor si utilizati in efectuarea investigatiilor;

f) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/ membru OBBCSSR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

g) la solicitarea furnizorului, pentru o perioada de maximum 30 de zile pe an calendaristic, in situatii de absenta a medicului/medicilor care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare) aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, conditiile de suspendare prevazute la alin. (1) se aplica furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, dupa caz.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(4) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza investigatii medicale paraclinice efectuate in punctul/punctele de lucru pentru care opereaza suspendarea.

(5) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. g) pentru perioada de suspendare, valoarea lunara de contract nu se reduce proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea, daca valoarea lunara de contract a fost epuizata anterior perioadei de suspendare; in situatia in care valoarea lunara de contract nu a fost epuizata aceasta se diminueaza cu suma ramasa neconsumata pana la data suspendarii.

Art. 82. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a caselor de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare a furnizorului;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate ca urmare a cererii in scris a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 80 alin. (1)-(4). Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, rezilierea opereaza odata cu prima constatare dupa aplicarea la nivelul furnizorului a sanctiunilor prevazute la art. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare filiala, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; daca la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplica masurile prevazute la art. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi filiala sau de catre acelasi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului opereaza numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;

h) in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 74 lit. s). Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate, pentru care au incheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului opereaza numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se inregistreaza aceasta situatie si se modifica corespunzator contractul;

i) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 72 alin. (8) si a celor prevazute la art. 74 lit. r), t)-v);

j) refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative mentionate la art. 74 lit. s);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice in sistemul asigurarilor sociale de sanatate de catre filialele/punctele de lucru excluse din contractele incheiate intre furnizorii de

servicii medicale paraclinice si casele de asigurari de sanatate dupa data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru - prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare - aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, situatiile de reziliere a contractelor prevazute la alin. (1) lit. f), g) si k) pentru nerespectarea prevederilor de la art. 74 lit. e) se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea acestora din contract si modificarea contractului in mod corespunzator.

Art. 83. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea in conditiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunta sau pierde calitatea de membru al CMR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

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

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o

notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 81 alin. (1) lit. a) - cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/inscriere in procesul de acreditare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se intelege punct extern de recoltare) aflate in raza administrativ-teritoriala a unei case de asigurari de sanatate si pentru care au incheiat contract cu aceasta, situatiile de incetare prevazute la alin. (1) se aplica furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, dupa caz.

Capitolul VI

Servicii medicale in unitati sanitare cu paturi

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate in asistenta medicala spitaliceasca

Art. 84. - (1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

- a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sunt acreditati sau sunt inscrisi in procesul de acreditare, potrivit reglementarilor Legii [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si celor ale Legii [nr. 185/2017](#) privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;
- c) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 86 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din prezenta anexa, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu spitalele numai pentru sectiile/compartimentele care indeplinesc conditiile de desfasurare a activitatii in conformitate cu actele normative in vigoare elaborate de Ministerul Sanatatii cu privire la personalul de specialitate, corespunzator specialitatii sectiei/compartimentului, si cu privire la dotarile necesare pentru functionare.

(3) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte pentru

servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare de zi cu unitatile sanitare care nu incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti in spitalizare continua, autorizate de Ministerul Sanatatii, inclusiv in centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, numai daca acestea asigura prezenta a cel putin un medic de specialitate pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi in specialitati medicale si/sau de minimum 7 ore/zi in specialitati chirurgicale, dupa caz.

Art. 85. - Spitalele incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti, in regim de spitalizare continua, cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, daca la data intrarii in vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigura continuitatea asistentei medicale cu cel putin doua linii de garda, dintre care cel putin o linie de garda asigurata la sediul unitatii sanitare cu paturi, organizate si aprobate in conformitate cu prevederile legale in vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de boli cronice si penitenciarele-spital incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, daca la data intrarii in vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigura continuitatea activitatii medicale cu cel putin o linie de garda organizata si aprobata in conformitate cu prevederile legale in vigoare. Spitalele de specialitate care trateaza cazuri acute incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate, in conditiile prezentului contract-cadru, daca la data intrarii in vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigura continuitatea activitatii medicale cu cel putin o linie de garda asigurata la sediul unitatii sanitare cu paturi, organizata si aprobata in conformitate cu prevederile legale in vigoare.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 86. - (1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitatile sanitare cu paturi si casele de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza

urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

c) contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

f) lista medicamentelor - denumiri comune internationale, denumite in continuare DCI, si forma farmaceutica - utilizate pe perioada spitalizarii pentru afectiunile pe care spitalul le trateaza in limita specialitatilor din structura, care are ca scop asigurarea tratamentului pacientilor internati si monitorizarea consumului de medicamente pentru intocmirea decontului de cheltuieli ce se elibereaza pacientului - prezentata de fiecare furnizor in format electronic; lista va fi publicata de unitatile sanitare cu paturi si pe pagina web proprie;

g) structura organizatorica aprobata sau avizata, dupa caz, de Ministerul Sanatatii, in vigoare la data incheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate;

La anexa nr. 2 articolul 86 alineatul (1), litera h) abrogata de art.I pct.55 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

i) indicatorii specifici stabiliti prin norme;

j) declaratia pe propria raspundere a managerului spitalului ca aplica protocoalele de practica medicala elaborate conform prevederilor legale in vigoare;

k) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

l) copie de pe ordinul ministrului sanatatii privind clasificarea spitalului, dupa caz;

m) documentul prin care spitalul face dovada asigurarii continuitatii asistentei medicale cu o linie/doua linii de garda, conform art. 85;

n) declaratie pe propria raspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate ca isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor prevazute la art. 87 alin. (2);

o) decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguratilor, a cheltuielilor efectuate pe perioada internarii in situatiile prevazute la art. 98;

p) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care functioneaza sub incidenta contractului, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

(4) Medicii pentru a desfasura activitate in baza unui contract incheiat de un furnizor de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

Art. 87. - (1) Reprezentantul legal incheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul sau cu CASA OPSNAJ. Spitalele din reseaua apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti incheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesti numai cu CASA OPSNAJ, avandu-se in vedere la contractare si decontare activitatea medicala acordata asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care sunt luati in evidenta. Spitalele din reseaua Ministerului Transporturilor incheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesti cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi au sediul, avandu-se in vedere la contractare si decontare activitatea medicala acordata asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care sunt luati in evidenta.

(2) Fiecare medic de specialitate care acorda servicii medicale de specialitate intr-un spital isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu exceptia zonelor/localitatilor deficitare din punctul de vedere al existentei medicilor de o anumita specialitate, situatie in care un medic poate acorda servicii medicale spitalicesti, in baza a doua/trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicesti in unitati sanitare distincte, in conditii de siguranta si calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea legislatiei muncii.

(3) Stabilirea zonelor/localitatilor deficitare din punctul de vedere al existentei medicilor de o anumita specialitate se face de catre o comisie formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, ai directiilor de sanatate publica si ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Criteriile aprobate in conditiile legii se publica pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica. La lucrarile comisiei participa, cu rol consultativ, si un reprezentant al autoritatilor administratiei publice locale.

(4) Comisia prevazuta la alin. (3) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurari de sanatate, ca urmare a desemnarii reprezentantilor institutiilor mentionate la alin. (3) de catre conducatorii acestora, si functioneaza in baza unui regulament-cadru de organizare si functionare unitar la nivel national, aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Regulamentul-cadru aprobat in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.

Art. 88. - (1) Serviciile medicale spitalicesti sunt preventive, curative, de recuperare si paliative si cuprind: consultatii, investigatii, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale si/sau chirurgicale, ingrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare si masa, dupa caz, in functie de tipul de spitalizare.

(2) In unitatile sanitare autorizate de Ministerul Sanatatii, inclusiv in centrele de sanatate multifunctionale cu personalitate juridica, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asiguratii care nu necesita internare continua, suportate din fondurile aferente asistentei medicale spitalicesti si decontate prin tarif pe serviciu medical si/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme si in conditiile prevazute in norme.

Art. 89. - (1) Serviciile medicale spitalicesti se acorda asiguratilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitatile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitatile de asistenta medico-sociala, medicii din centrele de dializa private aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, dupa caz, medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, in cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate si care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, precum si de medicii de medicina muncii. Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu unitatile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de

sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate si care se afla in structura spitalelor ca unitati fara personalitate juridica, precum si cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale in vigoare, in vederea recunoasterii biletelor de internare eliberate de catre medicii care isi desfasoara activitatea in aceste unitati.

(2) Fac exceptie de la prevederile alin. (1) urmatoarele situatii:

a) pentru spitalizare continua:

a.1) nastere;

a.2) urgente medico-chirurgicale;

a.3) boli cu potential endemoepidemic, care necesita izolare si tratament;

a.4) bolnavi aflati sub incidenta art. 109, 110, 124 si 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificarile si completarile ulterioare, si in cazurile dispuse prin ordonanta a procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, care necesita izolare ori internare obligatorie, si tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanta de judecata a dispus executarea pedepsei intr-un penitenciar-spital, precum si tratamentul pacientilor din penitenciare ale caror afectiuni necesita monitorizare si reevaluare in cadrul penitenciarelor-spital;

a.5) pentru bolnavii care necesita asistenta medicala spitaliceasca de lunga durata - ani;

a.6) cazurile care au recomandare de internare intr-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;

a.7) transferul intraspitalicesc in situatia in care se schimba tipul de ingrijire;

a.8) transferul interspitalicesc;

a.9) pacientii care au scrisoare medicala la externare cu indicatie de revenire pentru internare;

a.10) pacientii cu hemofilie aflati in programul national de hemofilie;

a.11) pacienti cu diagnostic oncologic confirmat aflati in Programul national de oncologie;

b) pentru spitalizare de zi, daca se acorda servicii de:

b.1) urgenta medico-chirurgicala;

b.2) chimioterapie;

b.3) radioterapie;

b.4) monitorizare si administrare tratament afectiuni care necesita administrare de medicamente corespunzatoare DCIurilor notate cu ()¹ (**)^{1β} si (**)^{1Ω}, prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, cu administrare parenterala sub supraveghere speciala; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzatoare DCI-urilor notate cu (**)¹, (**)^{1β} si (**)^{1Ω}, prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;**

Modificat de art.I pct.56 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

b.5) monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA;

b.6) evaluare dinamica a raspunsului viroimunologic;

b.7) monitorizare si tratament ale bolnavilor cu talasemie;

b.8) monitorizare a bolnavilor oncologici;

b.9) administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei;

b.10) monitorizarea sifilisului genital primar si sifilisului secundar al pielii si mucoaselor;

b.11) rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare intr-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate;

b.12) pacientii care au scrisoare medicala la externare cu indicatie de revenire pentru internare;

b.13) pacientii cu hemofilie aflati in programul national de hemofilie.

b.14) servicii medicale standardizate acordate in regim de spitalizare de zi care se contacteaza si in ambulatoriul de specialitate clinic.

Completat de art.I pct.57 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(3) Pacientii care prezinta un bilet de internare vor putea fi programati pentru internare, in functie de afectiune si de gravitatea semnelor si simptomelor prezentate si de disponibilitatea serviciilor unitatii spitalicesti solicitate.

Art. 90. - (1) Modalitatile de contractare de catre casele de

asigurari de sanatate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea totala contractata de casele de asigurari de sanatate cu spitalele se constituie din urmatoarele sume, dupa caz:

a) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialitati, finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabileste pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit in continuare ICM, si a tarifului pe caz ponderat, denumit in continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului si TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitalicesti este prevazuta in norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate in conditiile prevazute in norme si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme;

b) suma aferenta serviciilor medicale spitalicesti a caror plata se face pe baza de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/sectiile care nu se incadreaza in prevederile lit. a), finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca. Tariful pe zi de spitalizare se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme;

c) suma aferenta programelor nationale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic, finantata din fondul alocat pentru programele nationale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al carui model se stabileste prin normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

d) suma pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor si al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul programelor nationale cu scop curativ, care face obiectul unui

contract distinct, al carui model se stabileste prin normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

e) sume pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, in cabinetele de planificare familiala in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie si in cabinetele de boli infectioase care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, precum si in cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului si cabinetele de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitatile clinice;

f) sume pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in laboratoarele din centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, in conditiile stabilite prin norme, finantate din fondul alocat asistentei medicale paraclinice;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate in regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, in conditiile prevazute prin norme, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat;

h) sume pentru serviciile medicale paliative efectuate in regim de spitalizare continua, daca acestea nu pot fi efectuate in conditiile asistentei medicale la domiciliu, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, in conditiile prevazute prin norme, a caror plata se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare se stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme;

i) sume pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in conditiile stabilite prin prezentul contract-cadru si prin norme, finantate din fondul alocat pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu;

j) sume pentru serviciile medicale in scop diagnostic - caz efectuate in ambulatoriul clinic, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical in scop diagnostic - caz exprimat in lei, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca. Tarifele pe serviciu sunt prevazute in norme; suma contractata se regaseste in contractul incheiat pentru serviciile medicale acordate in ambulatoriul clinic.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitatile desfasurate in camerele de garda si in structurile de urgenta din cadrul spitalelor pentru care finantarea nu se face din bugetul Ministerului Sanatatii/ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continua, sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialitati. Cazurile pentru care se acorda servicii medicale in aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate in regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua si sunt contractate distinct si decontate prin tarif pe serviciu medical.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi in structurile organizate in cadrul unei unitati sanitare cu paturi, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse in structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialitati (non DRG) aferent spitalizarii continue, in situatiile in care cazurile sunt internate in aceeaasi unitate sanitara prin spitalizare continua si in aceeaasi zi in care asiguratul a beneficiat de servicii medicale in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acorda servicii medicale in ambulatoriul unitatii sanitare cu paturi si decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte sau in regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate in ambulatoriu sau in regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continua.

(5) Sumele prevazute la alin. (2) lit. e), f) si i) se aloca prin incheierea de contracte distincte corespunzatoare tipului de asistenta medicala, incheiate de spitale cu casele de asigurari de sanatate.

Art. 91. - (1) La contractarea anuala a serviciilor medicale spitalicesti, casele de asigurari de sanatate vor avea in vedere 94% din fondurile aprobate cu aceasta destinatie la nivelul casei de asigurari de sanatate si comunicate prin fila de buget anuala pentru anul in curs.

(2) Diferenta de 6% din fondul cu destinatie servicii medicale spitalicesti ce nu a fost contractata initial se utilizeaza astfel:

a) 5% pentru situatii justificate ce pot aparea in derularea contractelor incheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, in conditiile prevazute in norme;

b) 1% pentru complexitatea suplimentara a cazurilor in ceea ce priveste comorbiditatea si numarul de zile de ingrijiri acordate in cadrul sectiilor/compartimentelor de terapie intensiva, in conditiile stabilite prin norme.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile si drepturile spitalelor

Art. 92. - (1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. precum si pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

3. contributia personala pe care o pot incasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua acordate in sectii de acuti finantate pe baza sistemului DRG; informatiile privind tarifele practicate de furnizorii privati, suma rezultata din inmultirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare

continua acordate in sectii de acuti finantate pe baza sistemului DRG si diferenta dintre acestea sunt afisate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet si la sediu intr-un loc vizibil, conform modelului prevazut in norme;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (11) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

d) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului, sa acorde servicii prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza fara nicio discriminare;

e) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este

prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

f) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

g) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) sa verifice calitatea de asigurat in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

i) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului in conditiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului in limita competentei medicului prescriptor;

j) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare bilunara/lunara/trimestriala, in vederea decontarii serviciilor

medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

k) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

l) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

Modificat de art.I pct.58 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

m) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre unitatile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicina fizica si de reabilitare si prescriptia medicala electronica in ziua externarii pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

n) sa functioneze cu personalul asigurat pentru raspundere

civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului si sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

o) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

p) sa informeze medicul de familie al asiguratului ori, dupa caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicala sau bilet de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigatiile, tratamentele efectuate si cu privire la alte informatii referitoare la starea de sanatate a asiguratului; scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital sunt documente tipizate care se intocmesc la data externarii, intr-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea in ziua externarii a recomandarii de dispozitive medicale, ingrijiri medicale la domiciliu si ingrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; sa elibereze asiguratului caruia i-au fost acordate servicii pentru care se incaseaza contributie personala decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua acordate in sectii de acuti finantate pe baza sistemului DRG de catre spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum si toate celelalte servicii medicale si/sau nemedicale prestate asiguratului in perioada cuprinsa intre comunicarea devizului estimativ si externarea acestuia, insotit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

Modificat de art.I pct.58 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

q) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicesti se face electronic prin

serviciul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

r) sa transmita institutiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementarilor in vigoare;

s) sa verifice biletele de internare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

s) sa raporteze corect si complet consumul de medicamente conform prevederilor legale in vigoare si sa publice pe site-ul propriu suma totala aferenta acestui consum suportata din bugetul Fondului si al Ministerului Sanatatii; spitalul care nu are pagina web proprie informeaza despre acest lucru casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, care va posta pe site-ul propriu suma totala aferenta acestui consum;

t) sa monitorizeze gradul de satisfactie al asiguratilor prin realizarea de sondaje de opinie in ceea ce priveste calitatea serviciilor medicale furnizate asiguratilor conform unui chestionar standard, prevazut in norme;

t) sa respecte pe perioada derularii contractului protocoalele de practica medicala elaborate si aprobate conform prevederilor legale;

u) sa afiseze lunar pe pagina web creata in acest scop de Ministerul Sanatatii, pana la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioara, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sanatatii si al ministrului finantelor publice, situatia privind executia bugetului de venituri si cheltuieli al spitalului public si situatia arieratelor inregistrate;

v) sa deconteze, la termenele prevazute in contractele incheiate cu tertii, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

w) sa asigure transportul interspitalicesc pentru pacientii internati sau transferati, care nu se afla in stare critica, cu autospecialele pentru transportul pacientilor din parcul auto propriu; daca unitatea spitaliceasca nu are in dotare astfel de autospeciale sau daca este depasita capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienti pe baza unui contract incheiat cu unitati specializate; pentru spitalele publice, incheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizitiile

publice;

x) sa asigure transportul interspitalicesc pentru pacientii internati sau transferati care reprezinta urgente sau se afla in stare critica numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenta prespitaliceasca;

y) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

z) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;aa) sa asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialitati clinice - catre unitatile sanitare de recuperare, medicina fizica si de reabilitare cu paturi sau ambulatorii -, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

2. prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii,

corespunzatoare denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

3. formularului de consimtamant al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contributia personala pe care acesta o va achita in mod direct sau printr-o asigurare incheiata in baza unui contract cu o societate de asigurari unui furnizor privat pentru a acoperi diferenta dintre tariful practicat de furnizorul privat si suma rezultata din inmultirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculata la momentul semnarii formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere si tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate pentru serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua acordate in sectii de acuti finantate pe baza sistemului DRG, precum si toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse in deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia.

ab) sa respecte metodologia aprobata prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurati pe perioada internarii, in regim de spitalizare continua si de zi;

ac) sa elibereze, pentru asiguratii internati cu boli cronice confirmate, care sunt in tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decat medicamentele cuprinse in lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare si/sau cu medicamente si materialele sanitare din programele nationale de sanatate, documentul al carui model este prevazut in norme; documentul sta la baza eliberarii prescriptiei medicale in regim ambulatoriu de catre medicul de familie si medicul de specialitate din ambulatoriu in perioada in care asiguratul este internat in spital;

ad) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. c) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor

medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ae) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile pentru care se percepe contributie personala si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

af) sa elibereze, daca situatia o impune, la externarea asiguratului, prescriptie medicala pentru medicamente cu si fara contributie personala in ambulatoriu, conform prevederilor legale in vigoare, daca se recomanda un tratament in ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de iesire din spital, pentru o perioada de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligatii conduce la retinerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligatiei;

ag) sa respecte, incepand cu 1 ianuarie 2022, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021, sau ca medicamentul este produs biologic, cu exceptia situatiilor in care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamente in baza consultatiilor interdisciplinare evidentiate in documentele medicale primare;

ah) sa elibereze devizul estimativ asiguratului, in cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua, in sectiile de acuti finantate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevazut in norme;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucratoare de la comunicarea acestuia catre asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

In situatiile identificate in stransa legatura cu evolutia clinica a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimtamantul exprimat in scris de catre asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

(2) In situatia in care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acorda serviciile medicale de urgenta necesare, avand obligatia sa evalueze situatia medicala a pacientului si sa externeze pacientul daca starea de sanatate a acestuia nu mai reprezinta urgenta. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de catre acesta. Spitalul are obligatia de a anunta casa de asigurari de sanatate cu care a incheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienti, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicala a internarii de urgenta. In aceasta situatie, casele de asigurari de sanatate deconteaza spitalului contravaloarea serviciilor medicale in conditiile stabilite prin norme.

(3) Cazurile care fac obiectul internarii prin spitalizare de zi si au fost rezolvate prin spitalizare continua la solicitarea asiguratului se raporteaza distinct la casele de asigurari de sanatate si se deconteaza de catre acestea la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizarii de zi, diferenta fiind suportata de asigurat.

(4) Ministerul Sanatatii analizeaza trimestrial executia bugetului de venituri si cheltuieli ale unitatilor sanitare publice cu paturi, in vederea luarii masurilor ce se impun, conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 93. - (1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate unitatile sanitare cu paturi au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca contravaloarea serviciilor medicale

contractate si validate, in limita valorii de contract stabilite, precum si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii, in conditiile prevazute in norme;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa incaseze sumele reprezentand coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, conform prevederilor legale in vigoare;

e) sa incaseze de la asigurati contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora;

f) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

g) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

h) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Furnizorii privati pot sa incaseze contributie personala pentru serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua, in sectiile de acuti finantate pe baza sistemului DRG, platita in mod direct de catre asigurat sau printr-o asigurare incheiata in baza unui contract cu o societate de asigurari, cu consimtamantul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat in scris, conform modelului prevazut in norme.

Sectiunea a 5-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 94. - In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele

obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil in termenul prevazut la art. 196 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin posta electronica la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea

structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile sociale de sanatate;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizarilor trimestriale, motivarea sumelor decontate, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti; trimestrial se fac regularizari, in conditiile

prevazute in norme;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicesti; in cazul serviciilor medicale spitalicesti acordate in baza biletelor de internare, acestea se deconteaza daca biletele de internare sunt cele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa monitorizeze activitatea desfasurata de spitale in baza contractului incheiat, astfel incat decontarea cazurilor externate si raportate sa se incadreze in sumele contractate, in functie de realizarea indicatorilor negociati conform normelor;

m) sa verifice prin actiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate in regim de spitalizare continua, precum si respectarea protocoalelor de practica medicala;

n) sa monitorizeze internarile de urgenta, in functie de tipul de internare, asa cum este definit prin Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi, cu modificarile si completarile ulterioare, cu evidentierea cazurilor care au fost inregistrate la nivelul structurilor de primiri urgente din cadrul spitalului;

o) sa monitorizeze lunar/trimestrial internarile prin spitalizare continua si prin spitalizare de zi in vederea reducerii internarilor nejustificate, conform normelor;

p) sa verifice respectarea de catre furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurati pe perioada internarii, in regim de spitalizare continua si de zi;

q) sa publice pe pagina web proprie sumele prevazute la art. 91 alin. (2) si sa le contracteze cu spitalele in conformitate cu prevederile aceluiasi articol;

r) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Sectiunea a 6-a

Decontarea serviciilor medicale spitalicesti

Art. 95. - (1) Modalitatile de plata a serviciilor medicale

spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat, pe specialități, stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) tarif pe zi de spitalizare pe baza de indicatori specifici, stabiliți prin norme, pentru spitalele/sectiile la care nu se aplică prevederile lit. a), inclusiv pentru sectiile/compartimentele de îngrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b), respectiv lit. h);

c) tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate în regim de spitalizare de zi, prevăzute în actele normative în vigoare.

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

a) sume aferente programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale caror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) sume pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică din cadrul programelor naționale cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale caror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele

de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului, finantate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitatile clinice, in conditiile stabilite prin norme;

d) sume pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, finantate din fondul alocat asistentei medicale paraclinice, in conditiile stabilite prin norme;

e) sume pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in conditiile stabilite prin prezentul contract-cadru si prin norme, finantate din fondul alocat pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu;

f) sume pentru serviciile medicale in scop diagnostic - caz, efectuate in ambulatoriul clinic, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical in scop diagnostic - caz, exprimat in lei, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, in conditiile stabilite prin norme.

Art. 96. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate, in functie de realizarea indicatorilor negociati conform normelor, in urmatoarele conditii:

a) pentru spitalele in care serviciile medicale furnizate se deconteaza pe baza de tarif pe caz rezolvat - DRG sau de tarif mediu pe caz rezolvat, pe specialitati, decontarea se face in functie de numarul de cazuri externate, raportate si validate, in limita valorii de contract stabilite si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii, in conditiile prevazute in norme. Validarea cazurilor rezolvate in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialitati este cel

stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) pentru spitalele/sectiile in care serviciile medicale furnizate se deconteaza prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiasi cu cei avuti in vedere la contractare, cu conditia respectarii criteriilor de internare si in conditiile stabilite prin norme, in limita valorii de contract stabilite si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii. Numarul de cazuri externate si raportate se valideaza de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si numarul de cazuri externate si raportate confirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. b);

c) suma aferenta programelor nationale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic se deconteaza conform prevederilor hotararii Guvernului privind aprobarea programelor nationale de sanatate si ale normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

d) suma pentru serviciile de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati de la si la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor si al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacientilor, acordate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica din cadrul Programelor nationale cu scop curativ, se deconteaza conform prevederilor hotararii Guvernului privind aprobarea programelor nationale de sanatate si ale normelor tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate curative, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate in cabinete medicale de specialitate in oncologie medicala, diabet zaharat, nutritie si boli metabolice, boli infectioase si in cabinetele de planificare familiala in care isi desfasoara activitatea medici

cu specialitatea obstetrica-ginecologie, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, efectuate in regim ambulatoriu, precum si in cabinetele de specialitate integrate ale spitalului si cabinetele de specialitate din centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalului se deconteaza in conditiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigatii paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate in laboratoarele din centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, se deconteaza in conditiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialitati paraclinice, in limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate in regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate in centrele multifunctionale fara personalitate juridica organizate in structura spitalelor, finantata din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, se face in functie de numarul de cazuri/servicii raportate si validate in limita valorii de contract stabilita si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii, in conditiile prevazute in norme. Validarea cazurilor/serviciilor in regim de spitalizare de zi in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor/serviciilor din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

h) suma pentru serviciile medicale paliative efectuate in regim de spitalizare continua se deconteaza prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiasi cu cei avuti in vedere la contractare, cu conditia respectarii criteriilor de internare si in conditiile stabilite prin norme, in limita valorii de contract stabilita si in conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sanatatii. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit in conditiile prevazute la art. 90 alin. (2) lit. h). Numarul de cazuri externate si raportate se

valideaza de catre casa de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, cu incadrarea in valoarea de contract, avand in vedere si confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;

i) suma pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu in conditiile stabilite prin prezentul contract-cadru si prin norme, finantate din fondul alocat pentru servicii de ingrijiri la domiciliu/ingrijiri paliative la domiciliu;

j) sume pentru serviciile medicale in scop diagnostic - caz, efectuate in ambulatoriul clinic, a caror plata se face prin tarif pe serviciu medical in scop diagnostic - caz, exprimat in lei, finantate din fondul alocat pentru asistenta medicala spitaliceasca, in conditiile stabilite prin norme.

(2) Cazurile internate in regim de spitalizare continua care nu au indeplinit criteriile de internare nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate. Cazurile care fac obiectul internarii prin spitalizare de zi si au fost rezolvate prin spitalizare continua la solicitarea asiguratului se deconteaza de casele de asigurari de sanatate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizarii de zi, diferenta fiind suportata de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinterneaza in aceeasi unitate sanitara sau intr-o alta unitate sanitara, in acelasi tip de ingrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de acelasi tip, intr-un interval de 48 de ore de la externare, se realizeaza in procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv in procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu exceptia situatiilor in care comisia de analiza a cazurilor constituita la nivelul caselor de asigurari de sanatate constata ca sunt acoperite peste 80% din ingrijirile corespunzatoare tipului de caz conform codificarii.

(4) Decontarea cazurilor transferate intr-o alta unitate sanitara, in acelasi tip de ingrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de acelasi tip, intr-un interval de 48 de ore de la internare, se realizeaza la unitatea sanitara de la

care a fost transferat cazul in procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv in procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu exceptia situatiilor in care comisia de revalidare a cazurilor constituita la nivelul caselor de asigurari de sanatate constata ca sunt acoperite peste 80% din ingrijirile corespunzatoare tipului de caz conform codificarii.

Art. 97. - Spitalele au obligatia sa asigure din sumele obtinute potrivit prevederilor art. 96 si, dupa caz, din sumele corespunzatoare contributiei personale a asiguratului, cu exceptia sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si servicii de tratament si/sau diagnostic, acoperite prin programele nationale cu scop curativ si pentru servicii de hemodializa si dializa peritoneala, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) investigatiile paraclinice pentru bolnavii internati, efectuate in alte unitati spitalicesti sau in unitati ambulatorii de specialitate, in situatiile in care spitalul respectiv nu detine dotarea necesara ori aparatura existenta in dotarea acestuia nu este functionala, in conditiile stabilite prin norme;

b) consultatii interdisciplinare pentru pacientii internati, efectuate in ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unitati sanitare cu paturi, pe baza relatiilor contractuale stabilite intre unitatile sanitare respective;

c) transport interspitalicesc pentru asiguratii internati care necesita conditii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultatiilor si investigatiilor paraclinice, cu exceptia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanta pentru pacientii care nu se afla in stare critica si care se afla in unitatile sau compartimentele de primiri urgente si care necesita transport la o alta unitate sanitara ori la o alta cladire apartinand unitatii sanitare respective, in vederea internarii, investigarii sau efectuarii unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de catre Ministerul Sanatatii din fondul alocat serviciilor de ambulanta;

d) servicii hoteliere standard - cazare si masa, pentru insotitorii copiilor bolnavi in varsta de pana la 3 ani, precum si pentru insotitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, in conditiile stabilite prin norme.

Art. 98. - (1) Spitalele sunt obligate sa suporte din suma

contractata pentru furnizarea de servicii medicale spitalicesti pentru asiguratii internati in regim de spitalizare continua si in regim de spitalizare de zi si, dupa caz, din sumele corespunzatoare contributiei personale a asiguratului, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din sectiile/compartimentele de ATI - structuri care nu interneaza/externeaza direct cazuri, precum si pentru medicamente - in limita listei prezentate la contractare -, materiale sanitare si investigatii paraclinice, precum si toate cheltuielile necesare pentru situatiile prevazute la art. 97 lit. a), b) si c), cu exceptia:

a) medicamentelor si materialelor sanitare, pentru afectiunile din programele nationale de sanatate;

b) dispozitivelor medicale si serviciilor de tratament si/sau diagnostic pentru unele afectiuni din programele nationale de sanatate.

(2) In situatia in care asiguratii, pe perioada internarii in spitalele publice, in baza unor documente medicale intocmite de medicul curant din sectia in care acestia sunt internati, suporta cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare si investigatii paraclinice la care ar fi fost indreptatiti fara contributie personala, in conditiile prezentului contract-cadru, spitalele ramburseaza contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguratilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevazute la alin. (2) reprezinta o obligatie exclusiva a spitalelor publice si se realizeaza numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducatorului institutiei.

(4) Unitatile sanitare care acorda servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sanatatii sunt obligate sa suporte pentru asiguratii internati in regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - in limita listei prezentate la contractare -, materiale sanitare si investigatii paraclinice, cu exceptia medicamentelor si materialelor sanitare pentru afectiunile din programele nationale de sanatate. Aceasta prevedere se aplica si centrelor de sanatate multifunctionale pentru asiguratii internati in regim de spitalizare de zi.

Art. 99. - (1) Spitalele incaseaza de la asigurati suma

corespunzatoare coplatii astfel:

a) pentru serviciile medicale acordate in regim de spitalizare continua, in sectiile/compartimentele cu paturi din unitatile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale in vigoare si aflate in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate;

b) pentru serviciile medicale spitalicesti, acordate in regim de spitalizare continua, prevazute in pachetul de servicii medicale de baza. Exceptie fac serviciile medicale spitalicesti acordate in sectiile/compartimentele de ingrijiri paliative, serviciile medicale spitalicesti pentru internarile bolnavilor aflati sub incidenta art. 109, 110, 124 si 125 din Legea [nr. 286/2009](#), cu modificarile si completarile ulterioare, si in cazurile dispuse prin ordonanta a procurorului pe timpul judecarii sau urmaririi penale, care necesita izolare ori internare obligatorie si tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanta de judecata a dispus executarea pedepsei intr-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicesti de lunga durata - ani - si serviciile medicale spitalicesti pentru care criteriul de internare este urgenta medico-chirurgicala, precum si tratamentul pacientilor din penitenciare ale caror afectiuni necesita monitorizare si reevaluare in cadrul penitenciarelor-spital;

c) pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua, nivelul minim al coplatii este de 5 lei, iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplatii este stabilita de fiecare unitate sanitara cu paturi pe baza de criterii proprii, cu avizul consiliului de administratie al unitatii sanitare respective.

(2) Furnizorii publici aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate nu pot incasa o alta plata din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua in afara celor prevazute la alin. (1) si (4). Nerespectarea acestei obligatii conduce la aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 102 alin. (1).

(3) Categoriile de asigurati scutite de coplata, prevazute la art. 225 din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, fac dovada acestei calitati cu documente eliberate de autoritatile competente ca se incadreaza in respectiva categorie, precum si cu documente si/sau, dupa caz, cu

declaratie pe propria raspundere ca indeplinesc conditiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevazut in norme.

(4) Spitalele incaseaza de la asigurati contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare si/sau masa - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, in conditiile stabilite prin norme.

Art. 100. - (1) Furnizorii privati aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua in sectiile de acuti finantate prin sistem DRG pot incasa din partea asiguratului sumele prevazute la art. 99 alin. (1) si (4).

(2) Furnizorii privati aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua in sectiile de acuti finantate prin sistem DRG pot incasa din partea asiguratului o suma reprezentand contributia personala, cu consimtamantul exprimat in scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale si nemedicale pe care urmeaza sa le primeasca si costurile asociate acestora.

(3) Contributia personala a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua in sectiile de acuti finantate prin sistem DRG se detaliaza in devizul estimativ inaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucratoare de la data inmanarii acestuia pacientului. Devizul estimativ cuprinde urmatoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, in conditii hoteliere standard:

a.1) suma rezultata din inmultirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a.2) contributia personala a asiguratului calculata ca diferenta dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului si suma prevazuta la litera a.1;

b) costurile serviciilor suplimentare estimate:

b.1) medicale - servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului;

b.2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit fata de standard.

Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internarii

asiguratului in functie de evolutia clinica, cu consimtamantul acestuia sau al reprezentantului legal.

Modelul devizului estimativ este prevazut in norme.

(4) Contributia personala a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicesti acordate in regim de spitalizare continua in sectiile de acuti finantate prin sistem DRG, prevazuta la alin. (3), este afisata pe pagina de internet a furnizorilor privati de servicii medicale si la sediu, intr-un loc vizibil.

(5) Contributia personala a asiguratului se plateste de catre asigurat in mod direct sau printr-o asigurare incheiata in baza unui contract cu o societate de asigurari. Contributia personala reprezinta diferenta dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat si suma rezultata din inmultirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului. Valoarea relativa a cazului si tariful pe caz ponderat propriu spitalului sunt prevazute in normele metodologice de aplicare a prezentei hotarari.

(6) Decontul eliberat la externare cuprinde urmatoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, in conditii hoteliere standard:

a.1) suma rezultata din inmultirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a.2) contributia personala a asiguratului, calculata ca diferenta dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului si suma prevazuta la litera a.1);

b) costurile serviciilor suplimentare furnizate:

b.1) medicale - servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului;

b.2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit fata de standard.

(7) Formularul de consimtamant al asiguratului sau al reprezentantului legal al acestuia cu privire la contributia personala pe care acesta o va achita, in mod direct sau printr-o asigurare incheiata in baza unui contract cu o societate de asigurari, unui furnizor privat pentru a acoperi diferenta dintre tariful practicat de furnizorul privat si suma rezultata din inmultirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculata la momentul semnarii formularului va include toate elementele devizului estimativ, inclusiv serviciile suplimentare si/sau la cerere, precum si tarifele

acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate pentru serviciile medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua acordate in sectii de acuti finantate pe baza sistemului DRG, precum si toate celelalte costuri suplimentare.

Art. 101. - (1) In cazul reorganizarii unitatilor sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desfiintarea lor si infiintarea concomitenta a unor noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, contractele de furnizare de servicii medicale incheiate cu casele de asigurari de sanatate si aflate in derulare se preiau de drept de catre noile unitati sanitare infiintate, corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente noilor structuri, cu conditia ca unitatile nou-infiintate sa aiba acelasi regim juridic de proprietate cu cele preluate.

(2) In cazul reorganizarii unei unitati sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desprinderea unor structuri si infiintarea unei noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, care preia structurile desprinse, contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate si aflat in derulare se modifica in mod corespunzator pentru activitatea din structurile care se desprind din contract. Noua unitate sanitara cu paturi infiintata incheie contract cu casa de asigurari de sanatate corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente structurii aprobate/avizate de Ministerul Sanatatii, in limita sumelor diminuate din contractul unitatii sanitare cu paturi din cadrul careia au fost desprinse respectivele structuri, cu conditia ca unitatea nou-infiintata sa aiba acelasi regim juridic de proprietate cu unitatea sanitara cu paturi din cadrul careia au fost desprinse respectivele structuri.

Sectiunea a 7-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, modificare si incetare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicesti

Art. 102. - (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute la art. 92 alin. (1) lit. d), f)-i), k)-m), n), o)-s), t), t), aa), ab), ac) si ah) atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat

aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractata pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicesti, respectiv suma contractata pentru serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile acute/serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile cronice/serviciile medicale paliative in regim de spitalizare continua/serviciile medicale spitalicesti efectuate in regim de spitalizare de zi, dupa caz, in functie de tipul de servicii medicale spitalicesti la nivelul carora s-a inregistrat nerespectarea obligatiilor;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractata pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicesti, respectiv suma contractata pentru serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile acute/serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile cronice/serviciile medicale paliative in regim de spitalizare continua/serviciile medicale spitalicesti efectuate in regim de spitalizare de zi, dupa caz, in functie de tipul de servicii medicale spitalicesti la nivelul carora s-a inregistrat nerespectarea obligatiilor;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractata pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicesti, respectiv suma contractata pentru serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile acute/serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile cronice/serviciile medicale paliative in regim de spitalizare continua/serviciile medicale spitalicesti efectuate in regim de spitalizare de zi, dupa caz, in functie de tipul de servicii medicale spitalicesti la nivelul carora s-a inregistrat nerespectarea obligatiilor.

(2) Nerespectarea de catre unitatile sanitare cu paturi a obligatiei prevazute la art. 92 alin. (1) lit. s) atrage aplicarea unor sanctiuni, dupa cum urmeaza:

a) retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare luna neraportata in cadrul fiecarui trimestru, a 1% la valoarea totala de contract aferenta lunii respective;

b) retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare luna neraportata in

cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totala de contract aferenta lunii respective, suplimentar fata de procentul prevazut la lit. a);

c) pentru raportarea incorecta/incompleta a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate in trimestrul respectiv, trimestrial se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportarii trimestriale. Prin raportare incorecta fata de documentele de intrare si iesire pentru medicamentele eliberate si raportate se intelege: raportarea unui medicament cu un alt detinator de autorizatie de punere pe piata, raportarea unui medicament din donatii, sponsorizari sau alte surse de finantare decat FNUASS sau bugetul Ministerului Sanatatii, precum si situatiile in care furnizorul nu detine documente justificative pentru raportarea efectuata. In situatia in care se constata neconcordante intre cantitatea de medicamente intrata in gestiunea cantitativ valorica, cea consumata si cea raportata in SIUI se considera raportare incompleta a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 92 alin. (1) lit. y), ae) si ag) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 1% la suma contractata pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicesti, respectiv suma contractata pentru serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile acute/serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile cronice/serviciile medicale paliative in regim de spitalizare continua/serviciile medicale spitalicesti efectuate in regim de spitalizare de zi, dupa caz, in functie de tipul de servicii medicale spitalicesti la nivelul carora s-a inregistrat nerespectarea obligatiilor;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, se diminueaza cu 3% la suma contractata pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicesti, respectiv suma contractata pentru serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile acute/serviciile medicale spitalicesti pentru afectiunile cronice/serviciile medicale paliative in regim de spitalizare continua/serviciile medicale spitalicesti efectuate in regim de spitalizare de zi, dupa caz, in functie de tipul de servicii

medicale spitalicesti la nivelul carora s-a inregistrat nerespectarea obligatiilor.

(4) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 92 alin. (1) lit. z), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, retinerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic. Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei prevazute la art. 92 lit. z) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si, dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute de prezentul contract-cadru.

(5) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor sanitare cu paturi prevazute la art. 92 alin. (1) lit. a), e), u), v), w) si x) atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua si la urmatoarele constatari, se diminueaza cu 0,1% valoarea totala de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi

recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei potrivit alin. (1)-(5) se face prin plata directa sau prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(8) Casele de asigurari de sanatate, prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, anunta Ministerul Sanatatii, ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie, respectiv autoritatile administratiei publice locale, in functie de subordonare, odata cu prima constatare, despre situatiile prevazute la alin. (1) si (2).

(9) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(5) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 103. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate se modifica in sensul suspendarii sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate sau revocarea de catre

autoritatile competente a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cat medicul figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza prin suspendarea din contract a medicului aflat in aceasta situatie.

(2) In situatiile prevazute la alin. (1) lit. b)-d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatia prevazuta la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza servicii medicale pentru sectia/sectiile care nu indeplineste/nu indeplinesc conditiile de contractare. In situatia in care toate sectiile spitalului nu indeplinesc conditiile de contractare, suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii, iar valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

Art. 104. - Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea

in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

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

Capitolul VII

Consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate

Art. 105. - In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, unitatile specializate private trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sunt autorizate conform prevederilor legale in vigoare;

b) sunt acreditate sau inscise in procesul de acreditare, potrivit reglementarilor Legii [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale Legii [nr. 185/2017](#) privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;

c) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 106 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol, la termenele stabilite pentru contractare;

d) au implementat sistemul de urmarire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS si de stocare a informatiilor.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului

Art. 106. - (1) Contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat dintre furnizorul de servicii si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

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

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

f) lista asumata prin semnatura electronica, cu personalul de specialitate angajat care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

g) lista cu tipurile de mijloace specifice de interventie din dotare;

h) autorizatia de functionare emisa de directia de sanatate publica, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

i) actul de infiintare/organizare in concordanta cu tipurile de activitati pe care le desfasoara;

j) avize de utilizare sau buletine de verificare periodica pentru dispozitivele medicale aflate in dotarea unitatilor mobile de interventie, dupa caz, emise de ANMDMR conform prevederilor legale in vigoare;

k) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege care functioneaza sub incidenta contractului, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

l) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul

medical/sora medicala/moasa care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

Art. 107. - (1) In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat au urmatoarele obligatii:

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

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel

tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

d) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

e) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat ori de cate ori se solicita, prin dispeceratul unic 112, in limita mijloacelor disponibile;

f) sa asigure acordarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;

g) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

h) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa

acorde consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

i) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate.

Modificat de art.I pct.59 din HG 422/2022 (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

j) sa asigure consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat, utilizand mijlocul de interventie si transport si echipamentul corespunzator situatiei respective, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

k) sa elibereze certificate constatatoare de deces, dupa caz, conform normelor;

l) sa introduca monitorizarea apelurilor, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

m) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

n) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza si pachetul minimal furnizate, in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea, in conditiile prevazute in norme; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

o) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care

reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

p) sa puna la dispozitia casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, la solicitarea acesteia, informatiile stocate prin sistemul GPS, potrivit normelor.

(2) Serviciile de ambulanta private au obligatia sa asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanta, consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurari de sanatate, in conformitate cu protocolul de colaborare incheiat intre serviciul public de ambulanta si serviciile de ambulanta private, conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 108. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, unitatile specializate private, care acorda consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat, au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract;

b) sa fie informate de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

- d) sa incaseze contravaloarea serviciilor la cerere;
- e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;
- f) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 109. - In relatiile contractuale cu unitatile specializate private, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu unitati specializate private, care indeplinesc conditiile de eligibilitate, si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecareia, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze unitatilor specializate private, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de lista certificata de serviciul public de ambulanta cuprinzand solicitarile care au fost asigurate in luna anterioara si de documentele justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate si validate conform normelor, in limita valorii de contract; trimestrial se fac regularizari, in conditiile prevazute in norme;

c) sa informeze furnizorii de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat cu privire

la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casa de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a casei de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a casei de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), furnizorii de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin email la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa deconteze furnizorului consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data comunicarii sumelor; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

j) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii.

Sectiunea a 5-a

Contractarea si decontarea consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat

Art. 110. - (1) Reprezentantul legal al unitatii specializate private incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ/filiale/puncte de lucru inregistrate si/sau cu CASA OPSNAJ.

(2) Modalitatile de contractare de catre casele de asigurari de sanatate a consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

Art. 111. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza numai consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile de transport sanitar neasistat contractate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare, efectuate de unitatile specializate private, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.

(2) Modalitatile de plata sunt:

a) pentru consultatiile de urgenta la domiciliu, prin tarif pe solicitare;

b) pentru serviciile de transport sanitar neasistat, prin tarif pe kilometru efectiv parcurs in mediul urban/rural sau mila parcursa, dupa caz.

(3) Sumele aferente serviciilor contractate cu unitatile specializate private au in vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

Art. 112. - Modalitatile si conditiile in care se face decontarea de catre casele de asigurari de sanatate a consultatiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

Sectiunea a 6-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractelor de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat

Art. 113. - (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile unitatilor medicale specializate private prevazute la art. 107 alin. (1) lit. a), c)-f), h)-m), o) si p) si alin. (2) atrage aplicarea unor sanctiuni pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunara.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) si (2) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie

contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire sa conteste notificarea.

Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) si (2) se face prin plata directa sau prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(5) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1) si (2) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 114. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricarui dintre documentele prevazute la art. 106 alin. (1) lit. b)-e), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada

demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora;
suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile
calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii
acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de
asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de
vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea
desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de
timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata
ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat
pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in
relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a
personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea
contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai
indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie
contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-d),
pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se
reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care
opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-d),
pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu
deconteaza consultatiile de urgenta la domiciliu si activitatile
de transport sanitar neasistat.

Art. 115. - Contractul de furnizare de consultatii de urgenta
la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat se
reziliaza printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de
sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data
aprobarii acestei masuri, conform prevederilor legale in vigoare,
ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

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

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

calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare;

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 113 alin. (1);

h) daca furnizorul nu indeplineste conditia prevazuta la art. 105 lit. d).

Art. 116. - Contractul de furnizare de consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre

reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului, in conditiile art. 114 alin. (1) lit. a), cu exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul VIII

Ingrijiri medicale la domiciliu

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate

Art. 117. - (1) In vederea intrarii in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare, pentru acordarea acestor tipuri de servicii;

b) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare, potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si cele ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;

c) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 118 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Ingrijirile medicale la domiciliu se acorda de catre furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, respectiv:

a) spitalele care acorda asistenta medicala spitaliceasca in regim de spitalizare continua, cu structuri organizate ca furnizori de ingrijiri la domiciliu;

b) medici de familie organizati ca furnizori de ingrijiri la

domiciliu;

c) alti furnizori de ingrijiri la domiciliu.

(3) Conditiiile acordarii serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se stabilesc in norme.

(4) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada functionarii cu personal de specialitate, cu obligativitatea existentei a cel putin unui medic care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor, si dotarea necesara conform legislatiei in vigoare.

(5) Recomandarile pentru ingrijiri medicale la domiciliu emise anterior datei de 1 iulie 2021, aflate in derulare, isi pastreaza valabilitatea, cu conditia ca toate serviciile de ingrijiri medicale recomandate sa faca obiectul pachetului de baza.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

Art. 118. - (1) Reprezentantul legal incheie contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi desfasoara activitatea si/sau cu CASA OPSNAJ. In acest sens, furnizorii de servicii au obligatia de a depune la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prevazut in norme. Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu dintre furnizorul de servicii si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

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

d) copie de pe actul constitutiv;

e) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare

sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate al/a reprezentantului legal, dupa caz;

f) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

g) programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevazut in norme;

h) lista asumata prin semnatura electronica, cu personalul de specialitate autorizat care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

i) imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

j) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care functioneaza sub incidenta contractului, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

l) autorizatia de libera practica pentru fizioterapeuti, valabila la data incheierii contractului.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se

transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

(4) Medicii pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

Art. 119. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu au urmatoarele obligatii:

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

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu si sa asigure acordarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu din pachetul de baza asiguratilor, fara nicio discriminare;

d) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

e) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind

corespondenta intre parti prevazute in contract;

f) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

g) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

h) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

i) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

Modificat de art.I pct.60 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

j) sa nu incaseze sume pentru serviciile de ingrijiri furnizate, prevazute in pachetul de servicii, respectiv pentru

serviciile de îngrijiri prevazute în recomandare, și pentru serviciile/ documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevazute în recomandare;

k) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile stabilite prin norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute în norme. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu iau în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

l) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, decât cu avizul medicului care a făcut recomandarea;

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

n) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

o) să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;

p) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, inclusiv sâmbătă, duminică și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin norme;

q) să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea

substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope in terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare, daca medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu prescriu substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligatia sa recomande aceste medicamente cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor si sa informeze in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

r) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, respectiv prescriptia medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

s) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (11) din Legea nr.

95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

t) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. s), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

t) sa transmita caselor de asigurari de sanatate contravaloarea serviciilor de ingrijiri efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in ziua urmatoare efectuarii acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derularii contractului, la a treia constatare in cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

u) sa respecte, incepand cu 1 ianuarie 2022, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021 sau ca medicamentul este produs biologic;

v) sa aduca la cunostinta caselor de asigurari de sanatate sumele pe care le primesc de la bugetul de stat si/sau bugetul local, conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 120. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate,

contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea in format electronic cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

f) medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu pot prescrie substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale in vigoare, in conditiile stabilite prin norme;

g) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 121. - In relatiile contractuale cu furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu care indeplinesc conditiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada functionarii cu personal de specialitate, si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile

aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu contractate, efectuate, raportate si validate; trimestrial se fac regularizari in conditiile prevazute in norme;

c) sa informeze furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu cu privire la conditiile de contractare a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), furnizorii de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu cu privire la conditiile de acordare a serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii de ingrijiri la domiciliu, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de

asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat serviciile de ingrijire la domiciliu sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

Sectiunea a 5-a

Decontarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu

Art. 122. - (1) Fiecare casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu acordate asiguratilor aflati in evidentele proprii, cu incadrarea in sumele contractate.

(2) La stabilirea sumei contractate se au in vedere urmatoarele:

a) fondul aprobat la nivelul casei de asigurari de sanatate cu destinatie de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, stabilit de casa de asigurari de sanatate din total fond pentru ingrijiri la domiciliu, in functie de conditiile specifice la nivel local;

b) criteriile de stabilire a punctajului, in vederea calcularii valorii de contract, conform normelor.

(3) Suma contractata se stabileste conform normelor, se defalca pe trimestre si pe luni si se regularizeaza conform normelor.

(4) Furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

transmite la casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala factura lunara insotita de documentele justificative, pana la data prevazuta in contract.

Art. 123. - Modalitatea de plata este tariful pe o zi de ingrijire sau tariful pe serviciu. Tarifele se stabilesc prin norme.

Sectiunea a 6-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu

Art. 124. - (1) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 119 lit. a), c), f), h), i), m)-o), q), r), u) si v) se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;
- c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 119 lit. e), j), l) si s) se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;
- c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevazut in contract:

- a) la prima constatare se diminueaza cu 5% suma convenita

pentru luna in care s-a inregistrat aceasta situatie;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% suma cuvenita pentru luna in care s-a inregistrat aceasta situatie.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) pentru furnizorii de ingrijiri medicale la domiciliu care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de ingrijiri medicale la domiciliu are dreptul ca, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de ingrijiri medicale la domiciliu faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de ingrijiri medicale la domiciliu, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(7) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(4) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 125. - (1) Contractul de furnizare de servicii de

ingrijiri medicale la domiciliu se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 118 alin. (1) lit. b), c), e), f), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza servicii medicale de ingrijiri la domiciliu.

Art. 126. - Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca, din motive imputabile furnizorului, acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile

calendaristice;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare;

d) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentelor medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

e) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

f) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 124 alin. (1)-(4) pentru fiecare situatie;

g) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 119 lit. k) si p).

Art. 127. - Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii de ingrijiri medicale la domiciliu, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

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

e) denuntarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile art. 125 alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul IX

Îngrijiri paliative la domiciliu

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 128. - (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice, care, în vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare pentru acordarea acestor tipuri de servicii;

b) sunt acreditați sau înscrși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 129 alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

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

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative,

conform legislatiei in vigoare.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 129. - (1) Reprezentantul legal al furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu incheie contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi desfasoara activitatea si/sau cu CASA OPSNAJ. In acest sens, furnizorii de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu au obligatia de a depune la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform modelului prevazut in norme. Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

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

d) copie de pe actul constitutiv;

e) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate al/a reprezentantului legal, dupa caz;

f) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

g) programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevazut in norme;

h) lista asumata prin semnatura electronica cu personalul de specialitate autorizat care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista

cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

i) imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

j) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care functioneaza sub incidenta contractului, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/se avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical, precum si documentul care face dovada de supraspecializare/atestat/studii complementare de ingrijiri paliative conform prevederilor legale in vigoare;

k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/se avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical, precum si documentul care face dovada studiilor aprofundate in ingrijiri paliative, conform prevederilor legale in vigoare;

l) atestat de libera practica eliberat de Colegiul Psihologilor din Romania pentru fiecare psiholog, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, precum si documentul care face dovada studiilor aprofundate in ingrijiri paliative, conform prevederilor legale in vigoare;

m) autorizatia de libera practica pentru fizioterapeuti, valabila la data incheierii contractului, precum si documentul care face dovada studiilor aprofundate in ingrijiri paliative, conform prevederilor legale in vigoare.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se

transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

(4) Medicii, pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

(5) Recomandarile pentru ingrijiri paliative la domiciliu emise anterior datei de 1 iulie 2021, aflate in derulare, isi pastreaza valabilitatea.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu

Art. 130. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate furnizorii de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu au urmatoarele obligatii:

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

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu si sa asigure acordarea serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu din pachetul de baza asiguratilor, fara nicio discriminare;

d) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

e) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza

incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

f) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

g) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

h) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

i) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

Modificat de art.I pct.61 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la

data de 1 aprilie 2022)

j) sa nu incaseze sume pentru serviciile de ingrijiri furnizate, prevazute in pachetul de servicii, si pentru serviciile/ documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor de ingrijiri si pentru care nu este prevazuta o reglementare in acest sens;

k) sa acorde asiguratilor servicii de ingrijiri paliative la domiciliu, conform unui plan de ingrijiri in conformitate cu nevoile identificate ale pacientului ca o consecinta a actului medical propriu. Serviciile de ingrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate pe baza recomandarii eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialitatile clinice din ambulatoriul clinic, medicii din spital la externare, precum si medicii cu atestat/competenta/supraspecializare in ingrijiri paliative din ambulatoriu. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Medicii care recomanda servicii de ingrijiri paliative la domiciliu nu trebuie sa se afle in niciuna dintre situatiile de incompatibilitate prevazute in norme. In cazul nerespectarii acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu se reziliaza; casele de asigurari de sanatate nu deconteaza serviciile de ingrijiri paliative acordate in baza recomandarilor medicale in care este nominalizat furnizorul de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu;

l) sa acorde servicii conform unui plan de ingrijiri in conformitate cu nevoile identificate ale pacientului, inclusiv sambata, duminica si in timpul sarbatorilor legale, in conditiile stabilite prin norme; serviciile furnizate vor fi consemnate in fisa de observatie pentru ingrijiri paliative la domiciliu, potrivit modelului aprobat prin ordin al ministrului sanatatii;

m) sa comunice direct, in scris, atat medicului care a recomandat ingrijirile paliative la domiciliu, cat si medicului de familie al asiguratului evolutia starii de sanatate a acestuia, dupa caz;

n) sa tina evidenta serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, in ceea ce priveste tipul serviciului acordat, data si ora acordarii, durata, evolutia starii de sanatate;

o) sa urmareasca prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a ingrijit, in situatia in care acest

lucru a fost solicitat de medicul care a facut recomandarea pentru ingrijiri paliative la domiciliu;

p) sa utilizeze prescriptia medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare; sa utilizeze prescriptia medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope in terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare, daca medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu prescriu substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligatia sa recomande aceste medicamente cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere a medicamentelor si sa informeze in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie;

q) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate, respectiv prescriptia medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

r) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3

zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (11) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

s) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. s), in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

t) sa transmita caselor de asigurari de sanatate contravaloarea serviciilor de ingrijiri efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in ziua urmatoare efectuarii acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derularii contractului, la a treia constatare in cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

t) sa respecte, incepand cu 1 ianuarie 2022, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se

prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021 sau ca medicamentul este produs biologic;

u) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului in conditiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, in limita competentei medicului prescriptor;

v) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

w) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

Art. 131. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate; trimestrial se fac regularizari in conditiile prevazute in norme;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea in format electronic cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;

f) medicii care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substante si preparate stupefiante si psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale in vigoare, in conditiile stabilite prin norme;

g) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 132. - In relatiile contractuale cu furnizorii de ingrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu care indeplinesc conditiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada functionarii cu personal de specialitate, si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data

operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate transmise in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate si validate;

c) sa informeze furnizorii de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu cu privire la conditiile de contractare a serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

e) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), furnizorii de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu cu privire la conditiile de acordare a serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10

zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de ingrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

h) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

Sectiunea a 5-a

Decontarea serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu

Art. 133. - (1) Fiecare casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor de ingrijiri paliative la domiciliu acordate asiguratilor aflati in evidentele proprii cu incadrarea in sumele contractate.

(2) Furnizorul de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu transmite la casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala factura lunara insotita de copiile planurilor de ingrijiri paliative la domiciliu si documentele justificative privind activitatile realizate, pana la data prevazuta in contract.

Art. 134. - (1) Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu se face prin tarif pe o zi de ingrijire paliativa la domiciliu, exprimat in lei. Tarifele se stabilesc prin norme.

(2) O zi de ingrijire poate cuprinde servicii medicale, ingrijire, psihologice, kinetoterapie, conform nevoilor

pacientului, si poate fi efectuata de catre medicii cu competenta/atestat in ingrijiri paliative si de catre alt personal specializat/calificat in ingrijiri paliative care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizor.

(3) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de ingrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurari de sanatate se au in vedere:

a) fondul aprobat la nivelul casei de asigurari de sanatate cu destinatie servicii de ingrijiri paliative la domiciliu, stabilit de casa de asigurari de sanatate din total fond pentru ingrijiri la domiciliu, in functie de conditiile specifice la nivel local;

b) criteriile de stabilire a punctajului in vederea calcularii valorii de contract, conform normelor.

(4) Suma contractata se stabileste conform normelor, se defalca pe trimestre si pe luni si se regularizeaza conform normelor.

Sectiunea a 6-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractului de furnizare de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu

Art. 135. - (1) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 130 lit. a), c), f), h), i), m)-q), t), u) si v) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 3% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 5% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata de catre structurile de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, precum si de alte organe competente ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminueaza cu 10% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(3) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor

prevazute la art. 130 lit. e), j) si r) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 5% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare se diminueaza cu 10% suma convenita pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(4) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevazut in contract:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% suma convenita pentru luna in care s-a inregistrat aceasta situatie;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% suma convenita pentru luna in care s-a inregistrat aceasta situatie.

(5) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 130 lit. w), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, retinerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic. Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei de la art. 130 lit. w) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si, dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute de prezentul contract-cadru.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(5) pentru furnizorii de ingrijiri paliative la domiciliu care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu

sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de ingrijiri paliative la domiciliu are dreptul ca in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care, casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu, aduce la cunostinta furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de ingrijiri paliative la domiciliu, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(5) se face prin plata directa sau executare silita, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(8) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(5) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 136. - (1) Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea de catre autoritatile competente a oricaruia dintre documentele prevazute la art. 129 alin. (1) lit. b), c), e), f) cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/revocarii acestora;

b) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile

publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cat medicul/personalul medico-sanitar figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(2) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatiile prevazute la alin. (1) lit. a)-d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza servicii de ingrijiri paliative la domiciliu.

Art. 137. - Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

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

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare/autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv de la incetarea valabilitatii acestora;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la incetarea valabilitatii/revocarea/retragerea/anularea de catre organele in drept a dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare;

d) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate, ca urmare a cererii in scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate conform contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

e) la a doua constatare a faptului ca serviciile raportate conform contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

f) odata cu prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 135 alin. (1)-(4) pentru fiecare situatie;

g) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 130 lit. k) si l).

Art. 138. - Contractul de furnizare de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de servicii de ingrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului, in conditiile art. 136 alin. (1) lit. a), cu

exceptia incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul X

Asistenta medicala de recuperare medicala, medicina fizica si de reabilitare in sanatorii si preventorii

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale

Art. 139. - (1) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

- a) sunt autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare, potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si ale Legii nr. 185/2017 privind asigurarea calitatii in sistemul de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare;
- c) depun, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 140 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3), la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistenta medicala se asigura in sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulti si copii, preventorii, cu sau fara personalitate juridica, inclusiv furnizori constituiti conform Legii societatilor nr. 31/1990, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare ori au in structura avizata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 140. - (1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale si casele de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal pe baza urmatoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

c) contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;

d) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare;

e) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

f) structura organizatorica aprobata sau avizata, dupa caz, de Ministerul Sanatatii, in vigoare la data incheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate;

g) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, documente care se stabilesc prin norme;

h) indicatorii specifici stabiliti prin norme;

i) actul de infiintare sau de organizare in concordanta cu tipurile de activitati pe care le desfasoara, dupa caz;

j) copie de pe ordinul ministrului sanatatii privind clasificarea unitatii sanitare, dupa caz;

k) lista asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului.

l) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care functioneaza sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

(4) Medicii, pentru a intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, trebuie sa detina semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 141. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele obligatii:

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. pachetul de servicii de baza cu tarifele corespunzatoare decontate de casa de asigurari de sanatate; informatiile privind pachetul de servicii medicale si tarifele corespunzatoare serviciilor medicale sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

c) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului si sa asigure acordarea serviciilor medicale din pachetul de baza asiguratilor fara nicio discriminare;

d) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

e) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

f) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale, ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

g) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare; in situatia in care, pentru unele medicamente prevazute in Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care necesita prescriere pe baza de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, pana la elaborarea si aprobarea protocolului in conditiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicatiilor, dozelor si contraindicatiilor din rezumatul caracteristicilor produsului, in limita competentei medicului prescriptor;

h) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre

casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data;

i) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

j) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

Modificat de art.I pct.62 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

k) sa completeze formularele cu regim special utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate - bilet de trimitere catre unitatile sanitare de recuperare medicala, medicina fizica si de reabilitare cu paturi sau in ambulatoriu si prescriptia medicala electronica in ziua externarii pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

l) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;

m) sa informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicala sau biletul de iesire din spital, cu obligatia ca acesta sa contina explicit toate elementele prevazute in scrisoarea medicala, trimise direct sau prin intermediul

asiguratului, despre tratamentul efectuat si despre orice alte aspecte privind starea de sanatate a acestuia; scrisoarea medicala sau biletul de iesire din spital este un document tipizat care se intocmeste la data externarii, intr-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; sa finalizeze actul medical efectuat, prin recomandare de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporara de munca, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru;

n) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetele de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens;

o) sa verifice biletele de internare in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

p) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, dupa caz. In acest sens, odata cu raportarea ultimei luni a fiecarui trimestru, se depune la casa de asigurari de sanatate, pe fiecare sectie, numarul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, dupa cum urmeaza: numar cazuri programate aflate la inceputul trimestrului, numar cazuri programate intrate in cursul trimestrului, numar cazuri programate iesite in cursul trimestrului si numar cazuri programate aflate la sfarsitul trimestrului;

q) sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

r) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

s) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

s) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data. Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (11) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

t) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. s) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale acordate in luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

t) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale, daca la

nivelul furnizorilor exista documente in acest sens, si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane, daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

u) sa respecte, incepand cu 1 ianuarie 2022, avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 564/499/2021 sau ca medicamentul este produs biologic;

v) sa functioneze cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toata perioada derularii contractului si sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

w) sa elibereze, daca situatia o impune, la externarea asiguratului, prescriptie medicala pentru medicamente cu si fara contributie personala in ambulatoriu, conform prevederilor legale in vigoare, daca se recomanda un tratament in ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de iesire din spital, pentru o perioada de maximum 30 de zile; nerespectarea acestei obligatii conduce la retinerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligatiei.

Art. 142. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, unitatile sanitare au dreptul:

a) sa primeasca contravaloarea serviciilor medicale realizate si validate de casele de asigurari de sanatate, in limita valorii de contract stabilite, in conditiile prevazute in norme;

b) sa fie informate de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a

caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

d) sa incaseze sumele reprezentand contributia personala pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, conform prevederilor legale in vigoare;

e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea in format electronic cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 143. - In relatiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care indeplinesc conditiile de eligibilitate si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, cuprinzand denumirea si valoarea de contract a fiecaruia, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, conform legii;

b) sa deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate de casele de asigurari de sanatate conform reglementarilor legale in vigoare, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si

la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica; sa informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), furnizorii de servicii medicale cu privire la conditiile de acordare a serviciilor medicale si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

f) sa recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentand contravaloarea acestor servicii in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile pentru a beneficia de aceste servicii la data acordarii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de Platforma informatica din asigurarile de sanatate;

g) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

h) sa comunice in format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor

servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului; sa comunice in format electronic furnizorilor cu ocazia regularizarilor trimestriale motivarea sumelor decontate; in situatia in care se constata ulterior ca refuzul decontarii unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

i) sa deconteze, in primele 10 zile ale lunii urmatoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor in luna precedenta, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti, cu incadrarea in sumele contractate. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale spitalicesti; trimestrial se fac regularizari, in conditiile prevazute in norme;

j) sa tina evidenta serviciilor medicale acordate de furnizori, in functie de casa de asigurari de sanatate la care sunt luati in evidenta acestia;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale in cazul serviciilor medicale acordate in baza biletelor de internare; acestea se deconteaza daca biletele de internare sunt cele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate;

l) sa puna la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relatii contractuale formatul in care acestia afiseaza pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare, format stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.

Sectiunea a 5-a

Decontarea serviciilor medicale

Art. 144. - (1) Modalitatea de plata este tariful pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevazuti in norme pentru serviciile medicale acordate in sanatorii/sectii sanatoriale din spitale pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare, si in preventorii. Tariful pe zi de spitalizare se

stabileste prin negociere intre furnizori si casele de asigurari de sanatate si nu poate fi mai mare decat tariful maximal prevazut in norme. Contravaloarea acestor servicii este suportata din fondul aferent asistentei medicale acordate in sanatorii/sectii sanatoriale pentru adulti si copii, preventorii, cu sau fara personalitate juridica, inclusiv furnizori constituiti conform Legii societatilor [nr. 31/1990](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sanatatii ca sanatorii balneare ori au in structura avizata de Ministerul Sanatatii sectii sanatoriale balneare.

(2) In cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate si contractate cu casele de asigurari de sanatate sunt diminuate cu partea de contributie suportata de asigurati, in functie de tipul de asistenta medicala balneara si de durata tratamentului, in conditiile stabilite in norme.

(3) In cadrul sumelor negociate si contractate, casele de asigurari de sanatate vor deconta in primele 10 zile ale lunii urmatoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, in baza indicatorilor specifici realizati si in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor insotitoare. Trimestrial se fac regularizari, in conditiile stabilite prin norme.

Art. 145. - Casele de asigurari de sanatate deconteaza numai contravaloarea serviciilor medicale acordate in baza biletelor de internare utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

Sectiunea a 6-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, modificare si incetare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 146. - (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile contractuale de catre furnizorii de servicii medicale prevazute la art. 141 lit. a), c)-g), i-m), o), p), s) si v) atrage diminuarea valorii de contract, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 0,5% la valoarea de contract aferenta

lunii in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract lunara;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunara.

(2) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 141 lit. n), q), t) si u) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 1% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta se diminueaza cu 3% valoarea lunara de contract, pentru luna in care s-a produs aceasta situatie.

(3) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 141 lit. r), constatata pe parcursul derularii contractului, se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile in care s-au produs aceste situatii;

b) incepand cu a doua constatare, retinerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescriptie off-line care nu a fost introdusa in sistemul informatic. Pentru punerea in aplicare a sanctiunii, nerespectarea obligatiei de la art. 141 lit. r) se constata de casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line. In situatia in care medicul prescriptor se afla in relatie contractuala cu alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurari de sanatate care deconteaza contravaloarea medicamentelor informeaza casa de asigurari de sanatate ce are incheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica si, dupa caz, va aplica sanctiunile prevazute de prezentul contract-cadru.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(3) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face

prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de servicii medicale in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunostinta furnizorului de servicii medicale faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de servicii medicale, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(3) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(6) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(3) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

Art. 147. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate se modifica in sensul suspendarii sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisa, in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de contractare; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate sau revocarea de catre autoritatile competente, la nivelul sectiei/sectiilor, a

autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/inscrierii in procesul de acreditare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor si care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative;

e) de la data la care casa de asigurari de sanatate constata ca certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cat medicul figureaza in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; suspendarea opereaza prin suspendarea din contract a medicului aflat in aceasta situatie.

(2) In situatiile prevazute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proportional cu numarul de zile calendaristice pentru care opereaza suspendarea.

(3) Pentru situatia prevazuta la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurari de sanatate nu deconteaza servicii medicale pentru sectia/sectiile care nu indeplinesc conditiile de contractare.

Art. 148. - Contractul de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii medicale isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, dupa caz;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

- b) acordul de vointa al partilor;
- c) denuntarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

Capitolul XI

Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Secțiunea 1

Condiții de eligibilitate

Art. 149. - (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătății și evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor și actelor adiționale încheiate cu casele de asigurări de sănătate. Pot intra în relație contractuală cu farmaciile pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medici care pot prescrie aceste medicamente, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Toate farmaciile care detin autorizație de funcționare în vigoare pentru distribuție cu amănuntul și sunt evaluate conform reglementărilor legale în vigoare sunt eligibile în ceea ce privește încheierea contractului de furnizare de medicamente cu casele de asigurări de sănătate, dacă detin dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică pe baza certificatului eliberat de Colegiul Farmacștilor din România - denumit în

continuare CFR, in termen de valabilitate. In cazul sanctiunii de suspendare a autorizatiei de functionare, Ministerul Sanatatii si Colegiul Farmacistilor din Romania, dupa caz, au obligatia de a notifica in scris caselor de asigurari de sanatate aplicarea acestei sanctiuni.

(3) In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, farmaciile trebuie sa depuna documentele prevazute la art. 151 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din prezenta anexa, la termenele stabilite pentru contractare.

(4) Reprezentantul legal al societatii farmaceutice sau persoana mandatata in mod expres de acesta incheie un singur contract pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala se afla sediul social al societatii respective sau cu CASA OPSNAJ. Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, reprezentantul legal al societatii farmaceutice sau persoana mandatata in mod expres de acesta poate intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala se afla sediul social al societatii respective si cu CASA OPSNAJ.

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum si cost-volum-rezultat, reprezentantul legal al societatii farmaceutice sau persoana mandatata in mod expres de acesta incheie distinct cu casa de asigurari de sanatate acte aditionale la contractul pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu.

In situatia in care societatea farmaceutica intra in relatie contractuala numai pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, casa de asigurari de sanatate incheie contract in acest sens.

In situatia in care in cadrul aceleiasi societati farmaceutice functioneaza mai multe farmacii, reprezentantul legal al societatii incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti in a caror raza teritoriala se afla amplasate farmaciile respective sau cu CASA OPSNAJ. In situatia in care o societate farmaceutica are deschise oficine locale de distributie, infiintate conform prevederilor legale in vigoare, in alte judete, aceasta va incheia contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala se afla oficina locala de distributie, in conditiile

stabilite prin norme.

Un farmacist isi poate desfasura activitatea la cel mult doua farmacii aflate in relatie contractuala cu casa/casele de asigurari de sanatate. Un farmacist isi poate desfasura activitatea la cel mult 3 farmacii aflate in relatie contractuala cu casa/casele de asigurari de sanatate in situatia in care la una dintre farmacii asigura numai programul de continuitate in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii.

(5) CASA OPSNAJ este obligata sa incheie contracte cu cel putin o farmacie in localitatile in care aceasta are contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel incat sa se asigure accesul asiguratilor la medicamente.

(6) Reprezentantii legali ai furnizorilor care functioneaza in structura unor unitati sanitare din ambulatoriul de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti incheie contracte cu CASA OPSNAJ.

(7) In cazul unei farmacii aflate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, isi schimba detinatorul autorizatiei de functionare, iar noul detinator al autorizatiei de functionare se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, aceasta farmacie va fi introdusa de drept in contractul pe care noul detinator al autorizatiei de functionare il are cu casa de asigurari de sanatate, incepand cu data notificarii casei de asigurari de sanatate a transferului acesteia si depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu conditia ca aceasta sa isi desfasoare activitatea la acelasi sediu si in aceleasi conditii avute in vedere la contractare. Noul detinator al autorizatiei de functionare are obligatia de a depune, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizatiei de functionare de catre Ministerul Sanatatii, toate documentele necesare continuarii relatiei contractuale, actualizate in mod corespunzator. Nerespectarea acestei obligatii conduce la excluderea farmaciei din contractul noului detinator al autorizatiei de functionare cu casa de asigurari de sanatate.

(8) In situatia prevazuta la alin. (7), in cazul in care

farmacia isi muta sediul, aceasta va fi introdusa de drept in contractul pe care noul detinator al autorizatiei de functionare il are cu casa de asigurari de sanatate, incepand cu data depunerii la casa de asigurari de sanatate a dovezii de evaluare a farmaciei la noul sediu impreuna cu notificarea casei de asigurari de sanatate a transferului acesteia si depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu respectarea conditiilor prevazute la alin. (7).

(9) In cazul in care noul detinator al autorizatiei de functionare a farmaciei nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate la data transferului farmaciei, introducerea acesteia in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se realizeaza cu respectarea reglementarilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 150. - Lista cuprinzand DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiaza asiguratii pe baza de prescriptie medicala in tratamentul ambulatoriu, cu sau fara contributie personala, denumita in continuare lista, este cea aprobata prin Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.

Sectiunea a 2-a

Documentele pe baza carora se incheie contractele

Art. 151. - (1) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu reprezentantii legali ai societatilor farmaceutice pentru farmaciile autorizate si evaluate pe care acestia le reprezinta, precum si cu cei ai farmaciilor care functioneaza in structura unor unitati sanitare din ambulatoriul de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti, pe baza urmatoarelor documente:

a) cerere/solicitare pentru intrarea in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) dovada de evaluare a farmaciei valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului; Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta

casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala.

c) certificatul de inmatriculare la registrul comertului/actul de infiintare, dupa caz;

d) codul unic de inregistrare;

e) contul deschis la Trezoreria Statului;

f) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

g) autorizatia de functionare eliberata de Ministerul Sanatatii;

h) certificatul de Reguli de buna practica farmaceutica, eliberat de CFR - filiala judeteana;

i) program de lucru atat pentru farmacii, cat si pentru oficinele locale de distributie, conform modelului prevazut in norme;

j) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul de specialitate care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

k) certificatul de membru al CFR, pentru farmacistii inregistrati in contractul cu casa de asigurari de sanatate valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului;

l) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical de farmacie care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului.

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic, asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea

contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de medicamente

Art. 152. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de medicamente evaluati au urmatoarele obligatii:

a) sa se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzatoare DCI-urilor prevazute in lista, cu prioritate cu medicamentele al caror pret pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de referinta - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - sectiunile C1 si C3 si din sublista D din Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

b) sa asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiasi DCI, cu prioritate la preturile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; sa se aprovizioneze, in maximum 24 de ore pentru bolile acute si subacute si 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, daca acesta/acestea nu exista la momentul solicitarii in farmacie; solicitarea de catre asigurat se face in scris, iar farmacia trebuie sa faca dovada demersurilor efectuate in acest sens in conditiile Ordinului ministrului sanatatii nr. 269/2017 privind obligatia de a asigura stocuri adecvate si continue de medicamente;

c) sa detina documente justificative privind intrarile si iesirile pentru medicamentele si materialele sanitare eliberate in baza prescriptiilor medicale raportate spre decontare; sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative cu privire la tipul si cantitatea medicamentelor si materialelor sanitare achizitionate si evidentiata in gestiunea cantitativ-valorigica a farmaciei si care au fost eliberate in perioada pentru care se efectueaza controlul, intr-un termen stabilit de comun acord, dar nu mai mult de maximum 10 zile lucratoare de la primirea solicitarii, in functie de obiectivele actiunii de control, volumul si data intocmirii documentelor solicitate; refuzul nejustificat al furnizorului de a pune la

dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate a documentelor justificative anterior mentionate se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente si recuperarea integrala a sumei reprezentand contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul refuzului nejustificat, eliberate de furnizor in perioada pentru care se efectueaza controlul si decontata de casa de asigurari de sanatate. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordante intre medicamentele/materialele sanitare eliberate in perioada verificata si cantitatea de medicamente/materiale sanitare achizitionate sau atunci cand furnizorul refuza sa puna la dispozitia organelor de control documentele justificative prevazute anterior, se sesizeaza institutiile abilitate de lege sa efectueze controlul unitatii respective; in situatia in care, ca urmare a controlului desfasurat de catre institutiile abilitate, se stabileste vinovatia furnizorului, potrivit legii, contractul in derulare se reziliaza de plin drept de la data luarii la cunostinta a notificarii privind rezilierea contractului, emisa in baza deciziei executorii dispuse in cauza respectiva, cu recuperarea integrala a contravalorii tuturor medicamentelor eliberate de furnizor in perioada verificata de institutiile abilitate si decontata de casa de asigurari de sanatate si care depasesc valoarea achizitiilor pentru care exista documente justificative;

d) sa verifice prescriptiile medicale off-line si cele pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, in vederea eliberarii acestora si a decontarii contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse in prescriptiile medicale electronice off-line/prescriptiile cu regim special pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, care nu contin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevazute in formularul de prescriptie medicala, nu se elibereaza de catre farmacii si nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate;

e) sa verifice daca au fost respectate conditiile prevazute in norme referitoare la numarul de medicamente, cantitatea si durata terapiei in functie de tipul de afectiune: acut, subacut, cronic pentru prescriptiile medicale off-line si cele pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante;

f) sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate, utilizand platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

g) sa intocmeasca si sa prezinte/transmita caselor de asigurari de sanatate documentele necesare, in vederea decontarii medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, conform si in conditiile stabilite prin norme; datele din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurari de sanatate in vederea decontarii trebuie sa fie corecte si complete si sa corespunda cu datele aferente consumului de medicamente cu si fara contributie personala in ambulatoriu raportate in SIUI; in ceea ce priveste medicamentele pentru care se incheie contracte cost-volum-rezultat, datele din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurari de sanatate in vederea decontarii trebuie sa fie corecte si complete si sa corespunda cu datele aferente consumului de medicamente raportate in platforma informatica din asigurarile sociale de sanatate;

Modificat de art.I pct.4 din HG 801/2022 (intra in vigoare la data de 1 iulie 2022)

h) sa respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in conditiile stabilite prin norme;

i) sa functioneze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;

j) sa informeze asiguratii cu privire la drepturile si obligatiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum si la modul de utilizare a acestora, conform prescriptiei medicale; sa afiseze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si puse la dispozitie de catre aceasta;

k) sa isi stabileasca programul de functionare, pe care sa il afiseze la loc vizibil in farmacie, sa participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, in zilele de sambata, duminica si de sarbatori

legale, precum si pe timpul noptii, si sa afiseze la loc vizibil lista farmaciilor care asigura continuitatea furnizarii de medicamente, publicata pe pagina web a casei de asigurari de sanatate. Acest program se stabileste in conformitate cu prevederile legale in vigoare; programul poate fi modificat prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

l) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile prevazute in norme, indiferent daca medicul care a emis prescriptia medicala se afla sau nu in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala farmacia; fac exceptie medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, care se elibereaza indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, cu conditia ca furnizorul de medicamente sa fie in contract cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla si medicul care a emis prescriptia medicala;

m) sa anuleze, prin taiere cu o linie sau prin inscrierea mentiunii „anulat”, DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, in fata primitorului, pe exemplarele prescriptiei medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale eliberate pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, in conditiile stabilite prin norme, nefiind permisa eliberarea altor medicamente din farmacie in cadrul sumei respective;

n) sa nu elibereze medicamentele din prescriptiile medicale care si-au incetat valabilitatea;

o) sa pastreze la loc vizibil in farmacie condica de sugestii si reclamatii; condica va fi numerotata de farmacie;

p) sa asigure prezenta unui farmacist in farmacie si la oficinele locale de distributie pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

q) sa depuna/transmita, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare in vederea decontarii pentru luna respectiva, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele

aferente contractelor cost-volum-rezultat, furnizorii au obligatia sa depuna, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare si prescriptiile medicale off-line, urmand ca facturile sa se transmita/depuna la casa de asigurari de sanatate in vederea decontarii pana la termenul prevazut in contract, in luna urmatoare celei in care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor intocmi numai pentru prescriptiile medicale aferente pacientilor pentru care s-a obtinut rezultatul medical, conform datelor puse la dispozitie de casa de asigurari de sanatate;

r) sa nu utilizeze in campaniile publicitare ale farmaciilor aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate referinte la medicamentele compensate si gratuite sau la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, cu exceptia informarii asupra faptului ca farmacia elibereaza medicamente compensate si gratuite;

s) sa elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - sectiunile C1 si C3 si din sublista D din Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, ale caror preturi pe unitatea terapeutica sunt mai mici sau egale cu pretul de referinta, cu exceptia cazurilor in care medicul prescrie medicamentele pe denumire comerciala sau la cererea asiguratului. In cazul in care medicamentele eliberate au pret pe unitatea terapeutica mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/primitorului pe prescriptie - componenta eliberare. In cazul in care medicamentele eliberate in cadrul aceleiasi DCI au pretul de vanzare cu amanuntul mai mare decat pretul de referinta, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si in scris al asiguratului/primitorului pe prescriptie - componenta eliberare;

s) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

t) sa acorde medicamentele prevazute in lista cu medicamente

de care beneficiaza asiguratii cu sau fara contributie personala, care se aproba prin hotarare a Guvernului, si sa nu incaseze contributie personala pentru medicamentele la care nu sunt prevazute astfel de plati;

t) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, format pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, situatia consumului de medicamente corespunzatoare substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope eliberate de farmacii;

u) sa nu elibereze prescriptiile medicale care nu contin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda;

v) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real incepand cu data la care acesta este pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii medicamentelor de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data eliberarii medicamentelor. La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua eliberarii medicamentelor si acesta se implineste in a 3-a zi lucratoare de la aceasta data;

w) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale eliberate de medicii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale eliberate de medicii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in

conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

x) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului CE nr. 883/2004, si sa transmita caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale, odata cu raportarea lunara conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

y) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de medicamente cu sau fara contributie personala acordate pe teritoriul Romaniei, si sa transmita caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale, odata cu raportarea lunara conform lit. q), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

z) sa nu elibereze medicamente cu sau fara contributie personala in cadrul sistemului asigurarilor sociale de sanatate, prin farmaciile/oficinele locale de distributie care nu sunt incluse in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si/sau excluse din contractele incheiate intre societatile farmaceutice si casa de asigurari de sanatate, dupa data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distributie decat cele prevazute in contract;

aa) sa verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescriptiei la momentul eliberarii medicamentelor, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

ab) sa foloseasca sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; asumarea eliberarii medicamentelor se face prin semnatura electronica extinsa/calificata a farmacistului, iar asumarea transmiterii celorlalte documente aferente derularii contractului se va face prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere;

ac) sa elibereze, conform prevederilor legale in vigoare, si sa intocmeasca evidente distincte, in conditiile prevazute in norme, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat.

Art. 153. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de medicamente au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca de la casa de asigurari de sanatate, la termenele prevazute in contract, contravaloarea medicamentelor cu si fara contributie personala eliberate conform facturilor emise si documentelor insotitoare, in conditiile prevazute in norme;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa cunoasca conditiile de contractare a furnizarii de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, in conformitate cu prevederile legale in vigoare, precum si eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative;

d) sa incaseze de la asigurati contributia personala reprezentand diferenta dintre pretul de vanzare cu amanuntul si suma corespunzatoare aplicarii procentului de compensare a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in sublistele A, B si D din Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, asupra pretului de referinta, respectiv diferenta dintre pretul de vanzare cu amanuntul si pretul de referinta al medicamentelor, decontata de casele de asigurari de sanatate;

e) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

f) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor medicamente, cu respectarea confidentialitatii datelor personale;

g) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a

prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

h) pentru a asigura acoperirea cererii de medicamente, pot achizitiona medicamente de la alte farmacii comunitare pentru onorarea integrala a unei prescriptii medicale, in cazuri urgente si in limita cantitatii prescrise, in conformitate cu prevederile art. 2 alin. (7) lit. c) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si cu respectarea prevederilor art. 61 din Normele privind infiintarea, organizarea si functionarea unitatilor farmaceutice, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii nr. 444/2019, cu modificarile si completarile ulterioare.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 154. - In relatiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizati si evaluati conform reglementarilor legale in vigoare si sa faca publica, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguratilor; sa actualizeze pe perioada derularii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, modificarile intervenite in lista acestora, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale;

b) sa nu deconteze contravaloarea prescriptiilor medicale care nu contin datele obligatorii privind prescrierea si eliberarea acestora;

c) sa deconteze furnizorilor de medicamente cu care au incheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu si fara contributie personala, la termenele prevazute in prezentul contract-cadru, in conditiile prevazute in norme;

d) sa urmareasca lunar evolutia consumului de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu aceasta destinatie, luand masurile

ce se impun;

e) sa informeze furnizorii de medicamente in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), cu privire la conditiile de acordare a medicamentelor si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin posta electronica la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

f) sa informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, intelegerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

g) sa inmaneze, la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de medicamente, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vigoare, in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

h) sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente numele si codul de parafa ale medicilor care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, cel mai tarziu la data incetarii relatiilor contractuale dintre casa de asigurari de sanatate si medicii respectivi; sa actualizeze in PIAS, in timp real, lista furnizorilor de servicii medicale cu care se afla in relatie contractuala, precum si numele si codul de parafa ale medicilor care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; sa aduca la cunostinta furnizorilor de medicamente numele si codul de parafa ale medicilor care inlocuiesc un alt medic;

i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun

declaratii pe propria raspundere;

j) sa publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se afla in relatie contractuala si care participa la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii;

k) sa publice lunar, pe pagina web proprie, totalul platilor efectuate in luna anterioara catre furnizorii de medicamente;

l) sa recupereze de la furnizorii care au acordat medicamentele cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu sumele reprezentand contravaloarea acestora in situatia in care asiguratii nu erau in drept si nu erau indeplinite conditiile sa beneficieze de medicamente la data eliberarii de catre farmacii si furnizorul a ignorat avertizarile emise de platforma informatica din asigurarile de sanatate;

m) CASA OPSNAJ este obligata sa intre in relatie contractuala cu cel putin o farmacie in localitatile in care aceasta are contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum- rezultat, astfel incat sa se asigure accesul asiguratilor la medicamente;

n) sa aduca la cunostinta casei de asigurari de sanatate cu care medicul care a eliberat prescriptia medicala se afla in relatie contractuala situatiile in care nu au fost respectate prevederile legale in vigoare referitoare la prescrierea medicamentelor, in vederea aplicarii sanctiunilor prevazute de prezentul contract-cadru, dupa caz.

Sectiunea a 5-a

Modalitatile de prescriere, eliberare si decontare

Art. 155. - (1) Suma maxima care se suporta de casele de asigurari de sanatate din Fond este cea corespunzatoare aplicarii procentului de compensare a medicamentelor asupra pretului de referinta.

(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in sublista A este de 90% din pretul de referinta, a celor din sublista B este de 50% din pretul de referinta, a celor din sublista D este de 20% din pretul de

referinta, iar a celor din sectiunile C1 si C3 din sublista C este de 100% din pretul de referinta.

(3) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in sublista B este de 90% din pretul de referinta, din care 50% se suporta din bugetul Fondului si 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sanatatii catre bugetul Fondului, pentru prescriptiile a caror contravaloare la nivelul pretului de referinta/prescriptie este de pana la 330 lei/luna si de care beneficiaza pensionarii cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari de pana la 1.299 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri.

(4) Pretul de referinta pentru medicamentele cu si fara contributie personala prescrise in tratamentul ambulatoriu se defineste pentru fiecare sublista pe baza unei metode de calcul care sa asigure cresterea accesului asiguratilor la medicamente in conditiile utilizarii eficiente a Fondului, luand in calcul urmatoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, dupa caz, formele farmaceutice asimilabile caii de administrare, doza zilnica standard stabilita conform regulilor Organizatiei Mondiale a Sanatatii sau cantitatea de substanta activa, dupa caz.

(5) Lista preturilor de referinta pe unitate terapeutica aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul national al preturilor medicamentelor autorizate de punere pe piata in Romania (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sanatatii, elaborata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, si metoda de calcul pentru sublistele A, B, D si C - sectiunile C1 si C3 din sublista se aproba prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. In lista se cuprind preturile de referinta aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit pret si au fost listate in CANAMED, detinatorul de autorizatie de punere pe piata este obligat sa asigure medicamentul pe piata in cantitati suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacientilor, de la data avizarii pretului.

(6) In situatia in care se constata ca detinatorul de autorizatie de punere pe piata nu asigura prezenta medicamentelor pe piata conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevazuta la alin. (5) in maximum 30 de zile de la data comunicarii lipsei medicamentelor de pe piata de catre institutiile abilitate sau de la sesizarea ANMDMR.

(7) Pentru DCI-urile mentionate in decizia emisa de Agentia Nationala a Medicamentelor si a Dispozitivelor Medicale din Romania, incluse neconditionat in lista prevazuta la art. 150, pentru care in raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu este efectuata o analiza de impact financiar pentru care sa fie alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiza de minimizare a costurilor, dupa caz, in lista prevazuta la alin. (5) se includ medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum si medicamentele aferente aceleiasi substante active, concentratii si cai de administrare mentionate in decizia Agentiei Nationale a Medicamentelor si a Dispozitivelor Medicale din Romania.

a) Pentru DCI-urile mentionate in decizia emisa de Agentia Nationala a Medicamentelor si a Dispozitivelor Medicale din Romania, incluse neconditionat in lista prevazuta la art. 150, pentru care in raportul de evaluare a tehnologiilor medicale este efectuata o analiza de impact financiar pentru care este alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiza de minimizare a costurilor, dupa caz, in lista prevazuta la alin. (5) se includ medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale, precum si medicamentele aferente aceleiasi substante active, concentratii si cai de administrare, al caror pret de vanzare cu amanuntul pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de vanzare cu amanuntul pe unitatea terapeutica aferent medicamentelor din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale.

b) Pentru DCI-urile mentionate in decizia emisa de Agentia Nationala a Medicamentelor si a Dispozitivelor Medicale din Romania, incluse neconditionat in lista prevazuta la art. 150, pentru care medicamentele din raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu mai sunt listate in CANAMED, in lista prevazuta la alin. (5) se includ medicamentele aferente aceleiasi substante active, concentratii si cai de administrare mentionate in decizia Agentiei Nationale a Medicamentelor si a Dispozitivelor Medicale din Romania.

(8) Pentru DCI-urile incluse conditionat in lista prevazuta la art. 150, in lista prevazuta la alin. (5) se includ medicamentele prevazute in contractele cost-volum/cost-volum-rezultat, incheiate intre detinatorii de autorizatii de punere pe piata/reprezentantii legali ai acestora si ai Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(9) Decontarea pentru activitatea curenta se efectueaza in ordine cronologica, pana la 60 de zile calendaristice de la data verificarii prescriptiilor medicale eliberate asiguratilor si acordarii vizei „bun de plata” facturilor care le insotesc de catre casa de asigurari de sanatate, in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie.

(10) Pentru contractele cost-volum-rezultat, dupa expirarea perioadei necesare acordarii tratamentului si a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevazute in cuprinsul contractelor, in conditiile prevazute in norme, casele de asigurari de sanatate deconteaza toate prescriptiile medicale acordate pacientilor pentru care s-a inregistrat rezultat medical eliberate si raportate in platforma informatica din asigurarile de sanatate, cu exceptia celor prevazute la art. 12 alin. (16) si (17) din Ordonanta de urgenta a Guvernului [nr. 77/2011](#) privind stabilirea unor contributii pentru finantarea unor cheltuieli in domeniul sanatatii, aprobata prin Legea [nr. 184/2015](#), cu modificarile si completarile ulterioare, in cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

(11) Durata maxima de verificare a prescriptiilor medicale prevazute la alin. (9) nu poate depasi 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, dupa caz, de catre farmacie la casa de asigurari de sanatate. Prescriptiile medicale on-line si off-line se pastreaza de catre farmacii si se vor prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. In situatia in care, ca urmare a verificarii de catre casa de asigurari de sanatate, se constata unele erori materiale in borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data comunicarii de catre casa de asigurari de sanatate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de catre casa de asigurari de sanatate in format electronic.

(12) Pentru contractele cost-volum-rezultat, durata maxima de verificare a prescriptiilor medicale nu poate depasi 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, dupa caz, de catre farmacie la casa de asigurari de sanatate. Prescriptiile medicale on-line se pastreaza de catre farmacii si se vor prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. In situatia in care, ca urmare a verificarii de catre casa de asigurari de sanatate, se constata unele erori materiale in borderourile centralizatoare de

raportare, acestea pot fi corectate de furnizor in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data comunicarii de catre casa de asigurari de sanatate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de catre casa de asigurari de sanatate in format electronic.

Art. 156. - (1) Modalitatile de prescriere, de eliberare si de decontare a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internationale - DCI, iar in cazuri justificate medical, precum si in cazul produselor biologice si al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comerciala, cu precizarea pe prescriptie si a denumirii comune internationale - DCI corespunzatoare. Modalitatea de prescriere a medicamentelor se aplica in mod corespunzator si in situatia recomandarii tratamentului prin scrisoare medicala/bilet de iesire din spital utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate. Cu exceptia cazurilor in care medicul recomanda o anumita denumire comerciala, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face in ordinea crescatoare a pretului, incepand cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu si fara contributie personala, cu respectarea urmatoarelor conditii:

a) pentru sublistele A, B si D - o prescriptie/mai multe prescriptii lunar, care sa nu depaseasca cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescriptiile aferente unei luni. Valoarea totala a medicamentelor din sublista B, cu exceptia celor din sublista B care fac obiectul contractelor cost-volum, calculata la nivelul pretului de referinta, este de pana la 330 lei pe luna;

b) in situatia in care intr-o luna se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maxima a tratamentului pe o luna, calculata la nivelul pretului de referinta, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu in luna respectiva si alte medicamente din sublista B; face exceptie situatia in care intro luna se prescrie un medicament din sublista B notat cu # care face obiectul contractelor cost-volum, cu o valoare maxima a tratamentului pe o luna, calculata la nivelul pretului de referinta, mai mare de 330 lei, situatie in care se pot prescrie in luna respectiva si alte medicamente din sublista B, in

conditiile de la lit. a);

c) o singura prescriptie distincta cu compensare 90% din pretul de referinta, pentru maximum 3 medicamente din sublista B a carei contravaloare la nivelul pretului de referinta este de pana la 330 lei pe luna/prescriptie, pentru pensionarii cu venituri din pensii si indemnizatie sociala pentru pensionari de pana la 1.299 lei/luna inclusiv, indiferent daca realizeaza sau nu alte venituri; pentru diferenta pana la numarul maxim de 7 medicamente care pot fi prescrise din sublistele A, B si D sunt aplicabile reglementarile de la lit. a) si b);

d) pentru sublista C sectiunea C1 - pe fiecare cod de boala, o singura prescriptie/maximum doua prescriptii lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C sectiunea C3 - o singura prescriptie lunar, cu maximum 4 medicamente.

(2) Prin exceptie de la prevederile alin. (1), in cazul medicamentelor prevazute in tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, cu modificarile si completarile ulterioare, se pot emite pentru acelasi asigurat mai multe prescriptii, conform reglementarilor legale in vigoare.

(3) Casele de asigurari de sanatate sunt obligate sa aduca la cunostinta furnizorilor de servicii medicale cazurile in care nu au fost respectate prevederile alin. (1) lit. a), precum si cazurile in care s-a eliberat o prescriptie medicala/maximum doua prescriptii pe luna pentru fiecare cod de boala, pentru medicamentele cuprinse in sublista C sectiunea C1, si mai mult de o prescriptie medicala pe luna, pentru medicamentele cuprinse in sublista C sectiunea C3; in aceasta situatie, asiguratii respectivi nu mai beneficiaza de o alta prescriptie medicala pentru perioada acoperita cu medicamentele eliberate suplimentar, cu exceptia situatiei prevazute la alin. (2).

(4) Pentru persoanele prevazute in legile speciale, care beneficiaza de gratuitate suportata din Fond, in conditiile legii, casele de asigurari de sanatate suporta integral contravaloarea medicamentelor al caror pret pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de referinta, corespunzatoare medicamentelor cuprinse in sublistele pentru care se calculeaza pret de referinta, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pe acelasi formular de prescriptie se pot inscrie

medicamente din subliste diferite. Farmaciile intocmesc un borderou centralizator cu evidenta distincta pentru fiecare sublista, in care sunt evidentiatae distinct:

a) medicamentele corespunzatoare DCI-urilor notate cu (**)¹, prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru care medicul utilizeaza formulare de prescriptie distincte;

b) medicamentele din retetele eliberate pentru titularii de card european;

c) medicamentele din retetele eliberate pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii;

d) medicamentele din retetele eliberate pentru titularii de formulare europene.

(6) Borderoul centralizator prevazut la alin. (5) nu cuprinde medicamentele corespunzatoare DCI-urilor pentru care au fost incheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, precum si medicamentele corespunzatoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiaza de prescriptii in conditiile prevazute la art. 155 alin. (3), in conditiile prevazute in norme, pentru care medicul utilizeaza formulare de prescriptie distincte, iar farmacia completeaza borderouri distincte.

(7) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzatoare DCI-urilor pentru care au fost incheiate contracte cost-volum, precum si borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzatoare DCI-urilor pentru care au fost incheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublista, cu evidentiarea medicamentelor din retetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din retetele eliberate pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii si medicamentelor din retetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum si medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiaza de prescriptii in conditiile prevazute la art. 155 alin. (3), dupa caz.

(8) Copiii cu varsta cuprinsa intre 0 si 12 luni beneficiaza de medicamente gratuite, fara plafonare valorica si cantitativa. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afectiunilor

copiilor cu varsta cuprinsa intre 0 si 12 luni se suporta din Fond, conform prevederilor legale in vigoare.

(9) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile in afectiuni acute, de pana la 8-10 zile in afectiuni subacute si de pana la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afectiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate si cu schema terapeutica stabila, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitatile clinice, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, precum si medicii din spital la externarea asiguratului, pot prescrie medicamente pentru o perioada de pana la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilita de comun acord de medicul prescriptor si asiguratul beneficiar al prescriptiei medicale. Asiguratii respectivi nu mai beneficiaza de o alta prescriptie medicala pentru boala cronica respectiva pentru perioada acoperita de prescriptia medicala. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de pana la 30-31 de zile.

Art. 157. - (1) Medicamentele cu si fara contributie personala pentru tratamentul in ambulatoriu se acorda pe baza de prescriptie medicala eliberata de medicii care sunt in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate.

(2) Pentru elevi si studenti, in caz de urgenta medicala, medicul din cabinetul scolar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligatia sa transmita prin scrisoare medicala medicului de familie la care este inscris elevul sau studentul diagnosticul si tratamentul prescris; scrisoarea medicala va fi un document tipizat care se intocmeste in doua exemplare, din care un exemplar ramane la medic, iar un exemplar este expedit medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentisti/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice scolare si studentesti pot prescrie medicamente numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din caminele pentru persoanele varstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedepasabili sau cu afectiuni acute din aceste institutii, daca nu sunt inscrisi in lista unui medic de familie. Medicii din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate in coordonarea metodologica a Autoritatii Nationale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilitati, Copii si Adoptii, pot

prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru persoanele asistate in aceste institutii, nedepasabile sau cu afectiuni acute, in situatia in care aceste persoane nu sunt inscrise in lista unui medic de familie. Medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu numai pentru afectiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, corespunzator DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, iar perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevazute la art. 156 alin. (9). Casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii/medicii dentisti/medici stomatologi din cabinetele scolare si studentesti, medicii din caminele pentru persoanele varstnice, medicii din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap aflate in coordonarea metodologica a Autoritatii Nationale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilitati, Copii si Adoptii, cu unitatile sanitare pentru medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica, si cu medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat, in vederea recunoasterii prescriptiilor medicale pentru medicamentele cu si fara contributie personala eliberate de catre acestia. Modelul conventiei este cel prevazut in norme.

Prin medici/medici dentisti/medici stomatologi din cabinetele scolare si studentesti se intelege medicii din cabinetele medicale si stomatologice din scoli si unitati de invatamant superior, finantate de la bugetul de stat.

Sectiunea a 6-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractelor

Art. 158. - (1) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie - ca punct/puncte de lucru ale societatii farmaceutice, in mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurari de sanatate si prevazut in contract, precum si in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 152 lit. p), se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie a obligatiilor prevazute la art. 152 lit. a)-f), h), j)-o), q)-u), w)-y), aa) si ac) se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii. Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 152 lit. b) nu se aplica sanctiuni, daca vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate printr-o declaratie scrisa.

(3) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie/oficina locala de distributie a obligatiei prevazute la art. 152 lit. g) privind raportarea incorecta/incompleta a datelor referitoare la consumul de medicamente cu si fara contributie personala in ambulatoriu din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurari de sanatate in vederea decontarii pentru unul sau mai multe medicamente, precum si in cazul in care se constata eliberarea si raportarea de medicamente

expirate, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale. Prin raportare incorecta fata de documentele de intrare si iesire pentru medicamentele eliberate in baza prescriptiilor medicale raportate spre decontare se intelege: raportarea unui medicament cu un alt detinator de autorizatie de punere pe piata, precum si situatiile in care furnizorul nu detine documente justificative pentru raportarea efectuata.

(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(3) pentru furnizorii de medicamente care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de medicamente in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de medicamente are dreptul ca, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de medicamente, aduce la cunostinta furnizorului de medicamente faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de medicamente, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(3) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(6) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de

sanatate in conditiile alin. (1)-(3) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeași destinație.

(7) Casele de asigurari de sanatate informeaza CFR, precum și Ministerul Sanatatii sau ANMDDMR, dupa caz, cu privire la aplicarea fiecărei sanctiuni pentru nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 152 lit. i) și p), in vederea aplicarii masurilor pe domeniul de competenta.

Art. 159. - (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se suspenda cu data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) incetarea valabilitatii sau revocarea/retragerea de catre autoritatile competente a oricarui act dintre documentele prevazute la art. 151 alin. (1) lit. b)-f), cu conditia ca furnizorul sa faca dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea/ dobandirea acestora; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data incetarii valabilitatii/retragerii/revocarii acestora; pentru incetarea valabilitatii dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor, suspendarea opereaza fie prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situatie, fie prin suspendarea contractului pentru situatiile in care furnizorul nu mai indeplineste conditiile de desfasurare a activitatii in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor și care determina imposibilitatea desfasurarii activitatii furnizorului pe o perioada limitata de timp, dupa caz, pe baza de documente justificative.

(2) Prevederile referitoare la conditiile de suspendare se aplica societatii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distributie, dupa caz.

Art. 160. - (1) Contractul de furnizare de medicamente cu și fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice

de la data aprobarii acestei masuri, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca farmacia evaluata nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului;

b) daca, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) in cazul incetarii, indiferent de motiv, a valabilitatii autorizatiei de functionare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de catre organele in drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) daca farmacia evaluata inlocuieste medicamentele si/sau materialele sanitare neeliberate din prescriptia medicala cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 158 alin. (1); pentru societatile farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, odata cu prima constatare, dupa aplicarea la nivelul societatii a sanctiunilor prevazute la art. 158 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare farmacie/oficina locala de distributie din structura societatii farmaceutice; daca la nivelul societatii se aplica masurile prevazute la art. 158 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeași farmacie/aceeasi oficina locala de distributie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului opereaza numai pentru farmacia/oficina locala de distributie la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;

g) odata cu prima constatare, dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 158 alin. (2); pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 152 lit. b) nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate de catre aceasta printr-o declaratie scrisa;

h) in cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a medicamentelor si/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor incheiate si documentele

justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

i) la prima constatare in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 152 lit. z).

(2) Pentru societatile farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, conditiile de reziliere a contractelor prevazute la alin. (1) lit. f), g) si i) pentru nerespectarea prevederilor art. 152 lit. f), g), q), t) si z) se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distributie la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea lor din contract si modificarea contractului in mod corespunzator.

Art. 161. - (1) Contractul de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de medicamente se muta din raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

a2) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata, in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului in conditiile art. 159 alin. (1) lit. a), cu exceptia revocarii dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Prevederile referitoare la conditiile de incetare se aplica societatii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv

oficinelor locale de distributie, dupa caz.

Capitolul XII

Dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu

Sectiunea 1

Conditii de eligibilitate

Art. 162. - (1) Dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive se acorda, pentru o perioada determinata ori nedeterminata, de catre furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive/punctele de lucru ale acestora care, in vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

a) sunt avizati de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale din Romania, conform prevederilor legale in vigoare, cu exceptia farmaciilor care detin autorizatie de functionare emisa de Ministerul Sanatatii in acest sens;

b) sunt evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare - pentru furnizorii care desfasoara doar activitate de comercializare a dispozitivelor medicale;

c) sunt acreditati sau inscrisi in procesul de acreditare, potrivit reglementarilor Legii nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, si cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificarile si completarile ulterioare - pentru furnizorii care fabrica dispozitive medicale la comanda, precum si pentru furnizorii care desfasoara atat activitate de comercializare a dispozitivelor medicale, cat si de fabricare a dispozitivelor medicale la comanda;

d) transmit, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 163 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) ale aceluiasi articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) In situatia in care furnizorii nu transmit Casei Nationale de Asigurari de Sanatate toate preturile de vanzare cu amanuntul si sumele de inchiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologii si dispozitive asistive contractate, care trebuie sa fie aceleasi cu cele prevazute la art. 163 alin. (1) lit. i) insotite de certificatele de inregistrare a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive emise de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale din Romania, ori de documentele de inregistrare dintr-un stat membru din Spatiul Economic European si/sau de declaratiile de conformitate CE emise de producatori, dupa caz, in vederea calcularii preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere decontate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate inceteaza de la data notificarii scrise de catre casele de asigurari de sanatate, prin denuntare unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate.

(3) Deciziile de aprobare pentru dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive emise de casele de asigurari de sanatate anterior datei de intrare in vigoare a prezentei hotarari, aflate in derulare, isi pastreaza valabilitatea cu conditia ca dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive recomandate sa se regaseasca in pachetul de baza.

Sectiunea a 2-a

Documentele necesare incheierii contractului

Art. 163. - (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive se incheie intre furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, prin reprezentantul legal sau imputernicitul legal al acestuia, dupa caz, si casa de asigurari de sanatate, pe baza urmatoarelor documente:

a) cerere/solicitare pentru intrarea in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

b) dovada de evaluare pentru sediul social lucrativ si pentru punctele de lucru, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;Dovada de

evaluare se depune la contractare numai de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala.

c) dovada de acreditare sau de inscriere in procesul de acreditare a furnizorului, precum si a punctelor de lucru, dupa caz, pentru furnizorii care au aceasta obligatie conform prevederilor legale in vigoare, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

d) certificatul de inregistrare cu cod unic de inregistrare si certificatul de inscriere de mentiuni cu evidentierea reprezentantului legal si a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activitati pentru care se solicita intrarea in contract cu casa de asigurari de sanatate, daca este cazul, sau actul de infiintare conform prevederilor legale in vigoare;

e) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;

f) certificatul/certIFICATELE de inregistrare ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive emis/emise de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale din Romania, ori documentele de inregistrare dintr-un stat membru din Spatiul Economic European si/sau declaratia/declaratiile de conformitate CE, emisa/emise de producator - traduse de un traducator autorizat, dupa caz;

g) avizul de functionare emis conform prevederilor legale in vigoare, dupa caz;

h) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului;

i) lista preturilor de vanzare cu amanuntul si/sau a sumelor de inchiriere pentru dispozitivele, tehnologiile si dispozitivele asistive, prevazute in contractul de furnizare incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

j) lista, asumata prin semnatura electronica, cu personalul medico-sanitar, dupa caz, care intra sub incidenta contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care isi desfasoara activitatea in mod legal la furnizor, precum si programul de lucru al acestuia, conform modelului prevazut in norme. Lista cuprinde informatii necesare incheierii contractului;

k) programul de lucru, conform modelului prevazut in norme:

1. sediul social lucrativ;

2. punctul de lucru;

l) copie de pe actul constitutiv;

m) imputernicire legalizata pentru persoana desemnata ca imputernicit legal in relatia cu casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

n) declaratie a reprezentantului legal al furnizorului conform careia toate dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive pentru care se solicita incheierea contractului cu casa de asigurari de sanatate corespund denumirii si tipului de dispozitiv prevazut in pachetul de baza si respecta conditiile de acordare prevazute in prezentul contract-cadru si in norme;

(2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

Sectiunea a 3-a

Obligatiile si drepturile furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive

Art. 164. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive au urmatoarele obligatii:

a) sa respecte prevederile legale privind conditiile de introducere pe piata, de comercializare si de punere in functiune a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive;

b) sa livreze dispozitivul medical in conformitate cu

recomandarea medicului si sa asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale in vigoare, in cazul dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive care necesita service;

c) sa livreze dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive la sediul social lucrativ, punctul/punctele de lucru sau prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat si sa desfasoare activitati de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru, prevazute in contract potrivit prevederilor legale in vigoare;

d) sa verifice la livrare, dupa caz, adaptabilitatea si buna functionare a dispozitivului medical;

e) sa livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat in nota de comanda, astfel incat datele avute in vedere de catre medicul specialist la emiterea recomandarii medicale sa nu sufere modificari, in conditiile in care asiguratul respecta programarea pentru proba si predarea dispozitivului medical la comanda;

f) sa transmita Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, in vederea calcularii preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere, preturile de vanzare cu amanuntul si sumele de inchiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive care trebuie sa fie aceleasi cu cele prevazute la art. 163 alin. (1) lit. i), precum si o declaratie pe propria raspundere conform careia toate dispozitivele medicale/tehnologiile si dispozitivele asistive pentru care se transmit preturile de vanzare cu amanuntul/sumele de inchiriere, se regasesc in certificatele de inregistrare emise de Ministerul Sanatatii/Agentia Nationala a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale din Romania ori in documentele de inregistrare dintrun stat membru din Spatiul Economic European si/sau in declaratiile de conformitate CE emise de producatori, dupa caz, identificate in declaratie cu numerele de inregistrare aferente acestor documente, pentru fiecare dispozitiv medical, in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de dispozitive medicale. Preturile de vanzare cu amanuntul si sumele de inchiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive comunicate Casei Nationale de Asigurari de Sanatate vor fi valabile pe perioada de valabilitate a preturilor de referinta;

g) sa intocmeasca si sa depuna la casa de asigurari de

sanatate, pana la data prevazuta in contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive facturile insotite de documentele necesare in vederea decontarii dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in ambulatoriu, conform si in conditiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate; imputernicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoana care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive ori la furnizorul de servicii medicale la care isi desfasoara activitatea medicul prescriptor;

h) sa respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive in mod nediscriminatoriu;

i) sa anunte casa de asigurari de sanatate, in cazul dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive la comanda, despre primirea deciziilor de aprobare, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii acestora;

j) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Aplicatia informatica sau sistemul informatic folosit trebuie sa fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa respecte specificatiile de interfatare publicate;

Modificat de art.I pct.63 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

k) sa notifice casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta intre parti prevazute in contract;

l) sa respecte toate prevederile legale in vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive prezentand in acest sens casei de asigurari de sanatate cu care incheie contract documentele

justificative;

m) sa asigure acordarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa asigure, dupa caz, acordarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive, in baza prescriptiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

n) sa intocmeasca evidente distincte pentru dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, si sa raporteze lunar/trimestrial, in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale facturile, insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare, la preturile de referinta/sumele de inchiriere stabilite pentru cetatenii romani asigurati;

o) sa intocmeasca evidente distincte pentru dispozitivele medicale, tehnologii si dispozitive asistive acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei, si sa raporteze lunar/trimestrial, in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala facturile, insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare, la preturile de referinta/sumele de inchiriere stabilite pentru cetatenii romani

asigurati;

p) sa anunte in termen de 5 zile lucratoare casa de asigurari de sanatate cu care au incheiat contract recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical dupa perioada de inchiriere la termen/inainte de termen;

q) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica din asigurarile de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive eliberate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive eliberate off-line se transmit in platforma informatica din asigurarile de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data eliberarii, pentru dispozitivele, tehnologiile si dispozitivele asistive eliberate in luna pentru care se face raportarea; in situatia in care dispozitivul medical se elibereaza prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat, in maximum 3 zile lucratoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua eliberarii/expedierii dispozitivului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data.

Dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive din pachetul de baza eliberate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (11) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea eliberarii dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive;

r) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive din pachetul de baza eliberate - altele decat cele

transmise in platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile lit. q), in maximum 3 zile lucratoare de la data eliberarii dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive de catre beneficiar sau de catre apartinatorul beneficiarului - membru al familiei (cu grad de rudenie I si II, sot/sotie), o persoana imputernicita legal in acest sens de catre asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului, pentru dispozitivele, tehnologiile si dispozitivele asistive eliberate in luna pentru care se face raportarea; in situatia in care dispozitivul medical se elibereaza prin posta, curierat, transport propriu ori inchiriat, in maximum 3 zile lucratoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen, nu se ia in calcul ziua eliberarii/expedierii dispozitivului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data. Asumarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive eliberate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/ europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

s) sa livreze, in baza contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, numai dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive care corespund denumirii si tipului de dispozitiv prevazut in pachetul de baza si respecta conditiile de acordare prevazute in prezentul contract-cadru si in norme; nerespectarea acestei obligatii conduce la rezilierea contractului si recuperarea de catre casa de asigurari de sanatate a sumelor decontate pentru dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive care nu au indeplinit aceste cerinte.

Art. 165. - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive au urmatoarele drepturi:

a) sa primeasca de la casa de asigurari de sanatate contravaloarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive furnizate, conform facturilor emise si documentelor insotitoare, inclusiv sumele de inchiriere, in termen de 30 de zile de la data validarii documentelor necesar a

fi depuse in vederea decontarii. Validarea documentelor de catre casele de asigurari de sanatate se face in termen de 10 zile lucratoare de la data depunerii acestora;

b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

c) sa incaseze contributie personala de la asiguratii, in conditiile prevazute in norme;

d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauze suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;

e) sa primeasca din partea caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, in termen de maximum 3 zile lucratoare de la data validarii serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidentialitatii datelor personale;

f) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

Sectiunea a 4-a

Obligatiile caselor de asigurari de sanatate

Art. 166. - In relatiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive care indeplinesc conditiile de eligibilitate, astfel incat sa se asigure punerea in aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, si sa faca publica in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurari de sanatate, lista, in ordine alfabetica, a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ si punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; sa actualizeze toate modificarile facute la contracte prin acte aditionale, pe perioada derularii

contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate a listei acestora si a datelor de contact, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale;

b) sa informeze in prealabil, in termenul prevazut la art. 196 alin. (1), furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive asupra conditiilor de contractare, precum si in cazul modificarilor aparute ulterior ca urmare a modificarii actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin posta electronica la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

c) sa informeze furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive cu privire la documentele comunitare in vigoare, precum si despre acordurile, inteleggerile, conventiile sau protocoalele internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate si prin posta electronica;

d) sa emita decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale si in limita bugetului aprobat, la care anexeaza un exemplar al recomandarii medicale; modelul deciziei pentru aprobarea procurarii/inchirierii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive este prevazut in norme;

e) sa precizeze in decizia de procurare/inchiriere a dispozitivului medical pretul de referinta/suma de inchiriere suportat/suportata de casa de asigurari de sanatate din Fond pentru dispozitivul medical si sa specifice pe versoul deciziei, in ordine alfabetica, lista furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive care furnizeaza dispozitivul medical aprobat in decizie cu care casa de asigurari de sanatate se afla in relatii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ si punctul de lucru pentru informarea asiguratului;

f) sa respecte dreptul asiguratului de a-si alege furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive;

g) sa efectueze decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de catre furnizor si a documentelor obligatorii care le insotesc. Validarea documentelor justificative se efectueaza in termen de

10 zile lucratoare de la data primirii documentelor;

h) sa verifice daca emitentul prescriptiei medicale se afla in relatii contractuale cu o casa de asigurari de sanatate. Prin emitent se intelege furnizorul de servicii medicale, si nu cel de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive;

i) sa deduca spre solutionare organelor abilitate situatiile in care se constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

j) sa inmaneze la data finalizarii controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, dupa caz, furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, precum si informatiile despre termenele de contestare, la termenele prevazute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate in vigoare; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

k) sa publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurari de sanatate cu destinatia dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive in ambulatoriu, precum si orice modificare a acestuia pe parcursul anului;

l) sa actualizeze toate modificarile facute la contracte prin acte aditionale, pe perioada derularii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate a listei acestora si a datelor de contact, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data incheierii actelor aditionale;

m) sa publice pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii si tipuri de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive;

n) sa comunice furnizorilor, in format electronic, in termen de maximum 3 zile lucratoare de la data validarii serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, cu respectarea confidentialitatii datelor

personale.

Sectiunea a 5-a

Decontarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive

Art. 167. - (1) Suma maxima care se suporta de casele de asigurari de sanatate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este pretul de referinta ori, dupa caz, suma de inchiriere. Preturile de referinta si sumele de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, precum si metodologia de stabilire a acestora se elaboreaza in termen de 90 de zile de la intrarea in vigoare a prezentei hotarari si se aproba prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Pana la data intrarii in vigoare a ordinului prevazut la alin. (1) sunt aplicabile prevederile Ordinului presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.081/2018 pentru aprobarea metodologiei de stabilire a preturilor de referinta si a sumelor de inchiriere corespunzatoare categoriilor si tipurilor de dispozitive medicale, destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

(3) Dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive care se acorda pentru o perioada determinata, prin inchiriere, se stabilesc prin norme. Suma de inchiriere este suma pe care o deconteaza casele de asigurari de sanatate pentru dispozitivele, tehnologiile si dispozitivele asistive acordate pentru o perioada determinata.

Art. 168. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical, daca acesta este mai mic decat pretul de referinta. Daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala si se achita direct furnizorului, care elibereaza chitanta sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, si factura.

(2) Casele de asigurari de sanatate deconteaza integral suma de inchiriere a dispozitivului medical, daca aceasta este mai mica decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate. Daca suma de inchiriere a dispozitivului medical este mai mare decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, diferenta se suporta de asigurat prin contributie personala si se achita direct furnizorului, care elibereaza bon fiscal ori, la cererea asiguratului, factura.

(3) Pentru persoanele prevazute in legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din Fond in conditiile prevederilor legale in vigoare, in situatia in care pentru un dispozitiv medical preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive aflati in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mari decat pretul de referinta al acestui dispozitiv medical, casa de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea dispozitivului medical la pretul cel mai mic de vanzare cu amanuntul. In situatia in care pentru un dispozitiv medical preturile de vanzare cu amanuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive aflati in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mici sau mai mari decat pretul de referinta, casele de asigurari de sanatate deconteaza integral pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical daca acesta este mai mic decat pretul de referinta, respectiv pretul de referinta, daca pretul de vanzare cu amanuntul al dispozitivului medical este mai mare decat pretul de referinta.

(4) Pentru persoanele prevazute in legi speciale, care beneficiaza de gratuitate din Fond in conditiile prevederilor legale in vigoare, in situatia in care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive aflati in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mari decat suma de inchiriere a acestui dispozitiv medical, stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, casa de asigurari de sanatate deconteaza suma de inchiriere cea mai mica. In situatia in care pentru un dispozitiv medical sumele de inchiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale,

tehnologii si dispozitive asistive aflati in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate sunt mai mici sau mai mari decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, casele de asigurari de sanatate deconteaza integral suma de inchiriere a dispozitivului medical, daca aceasta este mai mica decat suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, respectiv suma de inchiriere stabilita conform metodologiei aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, daca suma de inchiriere a dispozitivului medical este mai mare.

(5) Casele de asigurari de sanatate deconteaza partial suma de inchiriere a dispozitivului medical, proportional cu numarul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectiva.

Art. 169. - (1) Pentru incadrarea in fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive si asigurarea accesului asiguratilor la toate categoriile de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, casele de asigurari de sanatate vor analiza lunar numarul de cereri, respectiv numarul de decizii privind aprobarea procurarii/inchirierii dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive emise in luna anterioara, alcatuind, dupa caz, liste de prioritate pentru asigurati, pe categorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive.

(2) Criteriile de prioritate, precum si cele pentru solutionarea listelor de prioritate tin cont de data inregistrarii cererilor la casa de asigurari de sanatate si de nivelul de urgenta, se stabilesc de catre serviciul medical al casei de asigurari de sanatate, cu avizul consiliului de administratie, se aproba prin decizie de catre director general si se publica pe pagina web a casei de asigurari de sanatate.

Art. 170. - (1) Dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive se acorda in baza prescriptiei medicale eliberate de medicul de specialitate aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, direct sau prin reprezentantul legal, si a cererii scrise intocmite de asigurat, de catre unul dintre membrii de familie cu grad de rudenie I si II, sot/sotie, de catre o persoana imputernicita legal in acest sens de catre asigurat sau de catre reprezentantul legal al

asiguratului. Imputernicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoana care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive ori la furnizorul de servicii medicale la care isi desfasoara activitatea medicul prescriptor. Prescriptia medicala va contine in mod obligatoriu numele casei de asigurari de sanatate cu care medicul care elibereaza prescriptia medicala se afla in relatie contractuala si numarul contractului.

Prescriptia medicala va fi intocmita in limita competentei medicului prescriptor. Cererea se inregistreaza la casa de asigurari de sanatate in ale carei evidente se afla asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezinta furnizorul de servicii medicale, si nu cel de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive. Documentele se pot transmite casei de asigurari de sanatate si prin posta sau prin mijloace de comunicare electronica.

(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii si incontinenta urinara, cu exceptia cateterului urinar, recomandarea se poate face si de catre medicul de familie pe lista caruia se afla inscris asiguratul, in conditiile prevazute in norme.

(3) Modul de prescriere, procurare/inchiriere si decontare a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive se stabileste prin norme.

(4) Medicii de specialitate aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care prescriu dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, trebuie sa respecte prevederile art. 389 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, in relatia cu furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive.

Sectiunea a 6-a

Sanctiuni, conditii de suspendare, reziliere si incetare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive

Art. 171. - (1) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 164 lit. a)-e) si h)-p) se aplica urmatoarele sanctiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(2) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) pentru furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive care sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, in situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, casa de asigurari de sanatate notifica furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmeaza a fi recuperata; furnizorul de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive are dreptul ca, in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificarii cu confirmare de primire, sa conteste notificarea. Solutionarea contestatiei se face in termen de maximum 10 zile lucratoare. In situatia in care casa de asigurari de sanatate respinge motivat contestatia furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, aduce la cunostinta furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive faptul ca, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data primirii raspunsului la contestatie, suma se recupereaza prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor actiuni de control, suma se recupereaza in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data notificarii furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, prin plata directa. In situatia in care recuperarea nu se face prin plata directa, suma se recupereaza prin executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plata directa sau executare silita efectuata potrivit legii in temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate.

(4) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de

sanatate in conditiile alin. (1) se utilizeaza conform prevederilor legale in vigoare cu aceeași destinație.

Art. 172. - Contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive se suspenda începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurari de sanatate, pentru motive obiective, independente de vointa furnizorilor și care determina imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioada limitata de timp, după caz, pe baza de documente justificative;

c) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea de către autoritățile competente a oricărui dintre documentele prevăzute la art. 163 alin. (1) lit. b)-e) și h) cu condiția ca furnizorul să faca dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioada de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/retragerii/revocării acestora; pentru încetarea valabilității dovezii asigurării de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoara activitatea la furnizor, suspendarea operează prin suspendarea din contract a personalului aflat in aceasta situație.

Art. 173. - Contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri ca urmare a constatarii următoarelor situații:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele in drept a avizului de functionare a furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele in drept a dovezii de evaluare/acreditare/inscrierii in procesul de acreditare;

c) furnizarea de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pentru care furnizorul nu detine certificat de inregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul

Sanatatii/ANMDMR, si/sau declaratia de conformitate CE emisa de producator, dupa caz;

d) la prima constatare dupa aplicarea sanctiunilor prevazute la art. 171 alin. (1);

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate toate documentele justificative si pe cele de evidenta financiar-contabila privind livrarea, punerea in functiune si service-ul dispozitivelor medicale, tehnologii si dispozitive asistive furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind decontarea din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

f) daca din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive acesta isi intrerupe activitatea pe o perioada mai mare de 30 de zile calendaristice.

Art. 174. - Contractul de furnizare de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive inceteaza in urmatoarele situatii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a1) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive;

a2) incetarea definitiva a activitatii caselor de asigurari de sanatate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de vointa al partilor;

d) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa si motivata, in care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreste incetarea contractului;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa privind expirarea termenului de suspendare a contractului, in conditiile art. 172 lit. c), cu exceptia retragerii avizului de functionare a furnizorului si a incetarii valabilitatii/revocarii/retragerii/anularii dovezii de evaluare/acreditare/inscrierii in procesul de acreditare a furnizorului.

Capitolul XIII
Dispozitii finale

Art. 175. - Centrele de sanatate cu personalitate juridica infiintate de Ministerul Sanatatii, care au in structura paturi de spital si ambulatoriu, incheie contract direct cu casele de asigurari de sanatate pentru activitatea medicala desfasurata in calitate de furnizor de servicii medicale. Pentru serviciile medicale acordate se aplica aceleasi prevederi prevazute in prezentul contract-cadru si in norme, referitoare la serviciile medicale spitalicesti si serviciile medicale ambulatorii.

Art. 176. - Pentru centrele de sanatate cu paturi, fara personalitate juridica, infiintate de Ministerul Sanatatii, care se afla in structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv are in vedere la incheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate si activitatea medicala desfasurata in centrul de sanatate, considerat sectie a spitalului respectiv.

Art. 177. - Pentru centrele de sanatate fara paturi si fara personalitate juridica, infiintate de Ministerul Sanatatii, care se afla in structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv are in vedere la incheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurari de sanatate si activitatea medicala desfasurata in centrul de sanatate.

Art. 178. - (1) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte cu reprezentantii legali ai centrelor de sanatate multifunctionale infiintate ca unitati cu personalitate juridica, separat pentru fiecare tip de asistenta medicala potrivit structurii aprobate, conform prevederilor contractului-cadru si ale normelor.

(2) Casele de asigurari de sanatate incheie contracte/acte aditionale de furnizare de servicii medicale cu reprezentantii legali ai spitalelor pentru centrele de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistenta medicala potrivit structurii aprobate pentru centrul de sanatate multifunctional, conform prevederilor contractului-cadru si ale normelor.

Art. 179. - (1) Incepand cu data intrarii in vigoare a dispozitiilor prezentei hotarari, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu si fara contributie

personala in tratamentul ambulatoriu si de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive se incheie pana la data de 31 decembrie 2022. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile efectuate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse in vederea decontarii, in limita bugetului aprobat, urmand ca diferenta reprezentand servicii realizate si nedecontate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

(2) Contractele/Actele aditionale la contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, precum si actele aditionale pot fi semnate atat de reprezentantul legal al furnizorului, cat si de casa de asigurari de sanatate, prin semnatura electronica extinsa/calificata.

(3) Documentele necesare derularii relatiei contractuale pot fi semnate atat de reprezentantul legal al furnizorului sau persoana desemnata de acesta, cat si de casa de asigurari de sanatate, prin semnatura electronica extinsa, si transmise prin mijloace de comunicare electronica.

Art. 180. - Contractele incheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente si de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive pentru anii 2018-2020 se prelungesc prin acte aditionale pana la incheierea noilor contracte. Suma inscrisa in actul aditional va fi consemnata distinct ca suma inclusa in valoarea totala in contractul pe anii 2021-2022. Conditiiile acordarii asistentei medicale in baza actului aditional sunt cele prevazute in actele normative in vigoare pe perioada derularii actelor aditionale.

Art. 181. - (1) Pentru furnizorii de servicii medicale se recomanda respectarea ghidurilor si protocoalelor de practica medicala elaborate conform dispozitiilor legale in vigoare.

(2) Furnizorii de servicii medicale aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, in desfasurarea activitatii de preventie, diagnostic si tratament, pe perioada declararii unei epidemii, trebuie sa aiba in vedere o corecta evaluare, monitorizare si tratare a categoriilor de persoane expuse la risc in vederea limitarii extinderii epidemiei.

Art. 182. - (1) Este interzisa eliberarea in cadrul

cabinetelor medicale aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, indiferent de forma lor de organizare, a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului [nr. 720/2008](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, cu exceptia situatiilor expres prevazute de legislatia in vigoare. In urma oricaror sesizari privind eliberarea in cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu exceptia celor prevazute de legislatia in vigoare, reprezentantii CFR au dreptul de a participa la verificarile facute de organele de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate.

(2) In cazul nerespectarii prevederilor alin. (1) de catre cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale inceteaza cu data la care casa de asigurari de sanatate constata aceasta situatie.

(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, in cazul nerespectarii prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifica prin excluderea din contract a medicilor la care se inregistreaza aceasta situatie, incepand cu data la care situatia este constatata de catre casa de asigurari de sanatate.

(4) Este interzisa eliberarea fara prescriptie medicala a medicamentelor corespunzatoare DCI-urilor prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, cu exceptia situatiilor expres prevazute de legislatia in vigoare.

Art. 183. - (1) Prezentarea cardului national de asigurari sociale de sanatate la furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive se face in conditiile prevazute in norme.

(2) Este interzisa retinerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive a cardurilor nationale de asigurari sociale de sanatate activate.

(3) In situatia nerespectarii prevederilor alin. (2) se anunta organele abilitate potrivit legii.

(4) Este interzisa utilizarea semnaturii electronice de catre o alta persoana decat cea pentru care a fost emisa. In cazul nerespectarii acestei prevederi, se vor anunta organele abilitate pentru luarea masurilor ce se impun conform prevederilor legale in vigoare.

Art. 184. - Furnizorii de servicii medicale sunt obligati sa transmita directiilor de sanatate publica judetene, respectiv a municipiului Bucuresti datele de identificare ale persoanelor inregistrate la acestia, pentru cazurile prevazute de Hotararea Guvernului [nr. 589/2007](#) privind stabilirea metodologiei de raportare si de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile si de Ordinul ministrului sanatatii publice [nr. 1.466/2008](#) pentru aprobarea circuitului informational al fisei unice de raportare a bolilor transmisibile.

Art. 185. - Casele de asigurari de sanatate sunt obligate:

a) sa raporteze Casei Nationale de Asigurari de Sanatate datele solicitate privind activitatea desfasurata de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor incheiate cu acestia, precum si evidenta asiguratilor si a documentelor justificative utilizate in formatul si la termenele prevazute;

La anexa nr. 2 articolul 185, litera b) abrogata de art.I pct.64 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

c) sa monitorizeze pe baza codului numeric personal/codului unic de asigurare al fiecarui asigurat numarul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se afla in relatie contractuala si sa afiseze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate in acest sens;

d) sa monitorizeze lunar consumul de medicamente cu si fara contributie personala, pe medic si pe asigurat, pe baza raportarilor validate de aceasta;

e) sa tina evidenta deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive, precum si evidenta dispozitivelor, tehnologiilor si dispozitivelor asistive medicale decontate pe fiecare asigurat;

f) sa controleze actele de evidenta financiar-contabila ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documentele medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control;

g) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate si sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

Modificat de art.I pct.65 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

h) sa organizeze evidenta contractelor pe care furnizorii din ambulatoriul de specialitate clinic le au incheiate cu furnizorii de servicii de sanatate conexe actului medical, organizati in baza Ordonantei de urgenta a Guvernului [nr. 83/2000](#), aprobata cu modificari prin Legea [nr. 598/2001](#), si, dupa caz, conform Legii [nr. 213/2004](#), cu modificarile ulterioare, respectiv cu furnizorii de servicii de sanatate conexe actului medical care isi desfasoara activitatea intr-o forma legala la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice;

i) sa respecte prevederile Planului national de paturi;

j) sa tina evidenta distincta pentru serviciile medicale, medicamentele si dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, dupa caz, precum si din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive acordate pe teritoriul Romaniei;

k) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor si materialelor sanitare in tratamentul ambulatoriu, respectiv a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive in ambulatoriu, acordate, dupa caz, posesorilor de card european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum si pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, urmand sa intocmeasca ulterior formularele specifice si sa le transmita spre decontare, prin intermediul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, institutiilor competente din statele ai caror asigurati sunt;

l) sa afiseze lunar/trimestrial pe pagina web proprie sumele decontate din Fond conform contractelor incheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive in ambulatoriu;

m) sa aduca la cunostinta persoanelor inscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii in aplicare a reglementarilor prevazute la art. 198 alin. (1)-(3), posibilitatea de a opta pentru inscrierea pe listele altor medici de familie si sa puna la dispozitia acestora lista medicilor de familie aflati in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, precum si a cabinetelor medicale in care acestia isi desfasoara activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora;

n) sa puna la dispozitia spitalelor cu care se afla in relatie contractuala, adresele de e-mail ale medicilor de familie cu care se afla in relatie contractuala, astfel incat acestea sa poata transmite scrisoarea medicala/biletul de externare medicului de familie pe lista caruia se afla inscris pacientul, cu respectarea reglementarilor privind transmiterea datelor cu caracter personal si protectia acestora;

o) sa organizeze, impreuna cu directiile de sanatate publica, trimestrial si ori de cate ori este nevoie sau la cererea organizatiilor judetene ale furnizorilor de servicii medicale, de medicamente in tratamentul ambulatoriu, precum si de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive, intalniri cu furnizorii, pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative in vigoare; anunturile privind data si locul desfasurarii intalnirilor vor fi afisate pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate cu cel putin 3 zile lucratoare anterior datei intalnirii.

Art. 186. - (1) Casele de asigurari de sanatate si furnizorii de servicii medicale, de medicamente in tratamentul ambulatoriu, precum si de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive au obligatia de a respecta prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95/46/CE.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa respecte calitatea serviciilor medicale furnizate, in conformitate cu

prevederile legale in vigoare.

(3) Furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive au obligatia sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal; nerespectarea acestei obligatii se sanctioneaza potrivit legii de catre autoritatile competente.

(4) Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa solicite cardul national de asigurari sociale de sanatate/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si (11) din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor medicale conform normelor; serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate nu incaseaza sume pentru documentele medicale necesare evaluarii si reevaluarii medicale si psihologice in vederea incadrarii in grad de handicap, eliberate potrivit domeniului de competenta, in urma serviciilor acordate.

(6) Efectuarea de servicii medicale peste suma contractata prevazuta in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate, de catre furnizorii la care este prevazuta valoare de contract, se face pe propria raspundere si nu atrage nicio obligatie din partea casei de asigurari de sanatate cu care s-a incheiat contractul.

(7) Furnizorii de servicii medicale si furnizorii de ingrijiri la domiciliu au dreptul sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare.

(8) Furnizorii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate au obligatia sa asigure integritatea, confidentialitatea si disponibilitatea datelor gestionate in

vederea raportarii serviciilor medicale efectuate, in conformitate cu legislatia specifica [Regulamentul (UE) 2016/679 - Regulamentul general privind protectia datelor, Legea nr. 190/2018 privind masuri de punere in aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protectia persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestor date si de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor), cu modificarile ulterioare, Legea nr. 362/2018 privind asigurarea unui nivel comun ridicat de securitate a retelelor si sistemelor informatice, cu modificarile si completarile ulterioare].

Art. 187. - Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum si modalitatea de incheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurari de sanatate dintr-o anumita regiune se stabilesc prin norme de la data implementarii acesteia.

Art. 188. - Orice imprejurare independenta de vointa partilor, intervenita in termenele de depunere a cererilor insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor, sau dupa data semnarii contractului/conventiei si care impiedica executarea acestuia/acesteia, este considerata forta majora si exonereaza de raspundere partea care o invoca. In intelesul prezentului contract-cadru, prin forta majora se intelege: razboi, revolutie, cutremur, marile inundatii, embargo. Partea care invoca forta majora trebuie sa anunte cealalta parte, in termen de 5 zile calendaristice de la data aparitiei respectivului caz de forta majora, si sa prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competenta din propriul judet, respectiv municipiul Bucuresti, prin care sa se certifice realitatea si exactitatea faptelor si imprejurarilor care au condus la invocarea fortei majore.

Art. 189. - (1) Documentele justificative privind raportarea activitatii realizate se stabilesc prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate organizeaza si administreaza platforma informatica din asigurarile de sanatate in conditiile legii.

(3) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate avizeaza normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizarii asistentei medicale, elaborate in termen de 30 de

zile de la data intrarii in vigoare a normelor metodologice de aplicare a prezentei hotarari de CASA OPSNAJ, care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al ministrilor si conducatorilor institutiilor centrale cu retele sanitare proprii.

Art. 190. - (1) Serviciile medicale, medicamentele cu si fara contributie personala si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu se acorda in baza contractelor incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti si CASA OPSNAJ. Furnizorii negociaza contractele cu casele de asigurari de sanatate in conformitate si in limitele prevazute de legislatia in vigoare, cu respectarea modelelor de contract prevazute in norme.

(2) Utilizarea modelelor de contract este obligatorie; in cuprinsul contractelor pot fi prevazute clauze suplimentare negociate intre partile contractante, potrivit prevederilor art. 256 din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare.

(3) Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive pe casele de asigurari de sanatate se face, in conditiile legii, de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, dupa retinerea la dispozitia sa a unei sume suplimentare reprezentand 3% din fondurile prevazute cu aceasta destinatie. Aceasta suma se utilizeaza in situatii justificate, in conditiile legii, si se repartizeaza pana la data de 30 noiembrie a fiecarui an.

Art. 191. - Conditiiile acordarii asistentei medicale se aplica in mod unitar atat furnizorilor publici, cat si celor privati.

Art. 192. - (1) In cazul modificarii sediului social nelucrativ, formei de organizare sau a denumirii furnizorilor de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, dispozitive si tehnologii asistive, cu personalitate juridica, contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, dispozitive si tehnologii asistive, incheiate cu casele de asigurari de sanatate si aflate in derulare, isi pastreaza valabilitatea daca sunt indeplinite cumulativ urmatoarele conditii:

a) notificarea casei de asigurari de sanatate cu privire la

aceste modificari de la data inregistrarii acestora, cu obligatia furnizorului de a depune, pana la data convenita intre furnizor si casa de asigurari de sanatate prevazuta in contractul incheiat, toate documentele actualizate in mod corespunzator. Nerespectarea acestei obligatii conduce la incetarea relatiei contractuale cu casa de asigurari de sanatate. Modificarea va face obiectul unui act aditional incheiat intre parti cu clauza suspensiva;

b) depunerea, impreuna cu notificarea prevazuta la lit. a), a unei declaratii pe propria raspundere a reprezentantului legal al furnizorului conform careia activitatea medicala care face obiectul contractului incheiat cu casele de asigurari de sanatate se desfasoara in aceleasi conditii avute in vedere la intrarea in relatie contractuala;

c) codul unic de inregistrare nu se modifica.

(2) In cazul reorganizarii furnizorilor de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, dispozitive si tehnologii asistive, cu personalitate juridica, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia celor din asistenta medicala primara, prin transferul total sau partial al activitatii medicale catre o alta entitate cu personalitate juridica aflata in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate - pentru acelasi domeniu/aceleasi domenii de asistenta medicala, contractele de furnizare de servicii medicale incheiate cu casele de asigurari de sanatate si aflate in derulare se preiau de drept de catre noua entitate juridica, in aceleasi conditii, corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente activitatii medicale transferate, incepand cu data notificarii casei de asigurari de sanatate a transferului activitatii medicale, cu conditia ca activitatea medicala preluata sa se desfasoare in aceleasi conditii avute in vedere la intrarea in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate ale furnizorilor care se reorganizeaza, asumata de catre reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declaratii pe propria raspundere a acestuia. Prin transfer partial al activitatii medicale se intelege transferul activitatii aferente unui/unor domeniu/domenii de asistenta medicala, medicamente si dispozitive medicale, dispozitive si tehnologii asistive.

Furnizorul are obligatia de a depune, pana la data convenita intre furnizor si casa de asigurari de sanatate prevazuta in contractul incheiat, toate documentele necesare continuarii

relatiei contractuale, actualizate in mod corespunzator.

Nerespectarea acestei obligatii conduce la incetarea relatiei contractuale cu casa de asigurari de sanatate.

Modificarea va face obiectul unui act aditional incheiat intre parti cu clauza suspensiva.

(3) In cazul in care furnizorul care a preluat drepturile si obligatiile unor furnizori de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, dispozitive si tehnologii asistive, aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, nu se afla in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, acesta poate intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate cu care a fost in contract furnizorul preluat, cu respectarea reglementarilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale in vigoare. Conditiiile prevazute anterior sunt aplicabile si situatiilor in care furnizorul care a preluat drepturile si obligatiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, dispozitive si tehnologii asistive, aflati in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, nu a avut contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru activitatea medicala aferenta domeniului/domeniilor de asistenta medicala preluate.

Art. 193. - (1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive si casele de asigurari de sanatate prevazute la art. 190 alin. (1) sunt raporturi juridice civile care vizeaza actiuni multianuale si se stabilesc si se desfasoara pe baza de contract. In situatia in care este necesara modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate si stipulate in acte aditionale. Angajamentele legale din care rezulta obligatii nu pot depasi creditele de angajament si creditele bugetare aprobate.

(2) Creditele bugetare aferente actiunilor multianuale reprezinta limita superioara a cheltuielilor care urmeaza a fi ordonantate si platite in cursul exercitiului bugetar. Platile respective sunt aferente angajamentelor efectuate in limita creditelor de angajament aprobate in exercitiul bugetar curent sau in exercitiile bugetare anterioare.

(2¹) Pentru fiecare luna, casele de asigurari de sanatate pot efectua pana la data de 25 decontarea activitatii desfasurate in perioada 1-15 a lunii, raportata si validata in PIAS, pe baza

facturii si a documentelor justificative depuse pana la data prevazuta in contractul de furnizare de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale.

Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor si dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului in curs se poate efectua in luna decembrie pentru serviciile medicale, medicamentele si dispozitivele medicale acordate si facturate pana la data prevazuta in documentele justificative depuse in vederea decontarii, urmand ca diferenta reprezentand servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale acordate sa se deconteze in luna ianuarie a anului urmator.

Completat de art.I pct.66 din [HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu si fara contributie personala si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, efectuate in luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost inregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului in curs si se inregistreaza atat la plati, cat si la cheltuieli in anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, in limita creditelor bugetare si de angajament aprobate cu aceasta destinatie prin legile bugetare anuale.

[La anexa nr. 2 articolul 193, alineatul \(4\) abrogat de art.I pct.67 din HG 422/2022](#) (intra in vigoare la data de 1 aprilie 2022)

(5) Modalitatea de decontare a serviciilor medicale prestate pana la data incetarii contractelor incheiate cu casa de asigurari de sanatate prin decesul titularului cabinetului medical individual se stabileste prin norme.

Art. 194. - In cuprinsul prezentului contract-cadru, termenii si expresiile de mai jos semnifica dupa cum urmeaza:

a) case de asigurari de sanatate - casele de asigurari de sanatate judetene, respectiv a municipiului Bucuresti si CASA OPSNAJ;

b) norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;

c) Fond - Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate;

d) dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive - dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu;

e) pachetul de servicii de baza - potrivit definitiei prevazute la art. 221 alin. (1) lit. c) din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

f) pachetul minimal de servicii - potrivit definitiei prevazute la art. 221 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

g) cazurile de urgenta medico-chirurgicala - cazurile de cod rosu, cod galben si cod verde prevazute in anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al ministrului internelor si reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV „Sistemul national de asistenta medicala de urgenta si de prim ajutor calificat” din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile ulterioare;

h) spitalizarea evitabila - spitalizarea continua care apare pentru afectiuni care pot fi abordate si rezolvate prin servicii medicale eficiente si acordate la timp la alte nivele ale sistemului de sanatate: medic de familie, ambulatoriu de specialitate, spitalizare de zi;

i) episodul de boala pentru afectiuni acute este initiat la primul contact al pacientului cu sistemul de sanatate pentru o problema de sanatate si este limitat in timp, de regula la 3 luni - fie prin evolutia cu durata limitata a bolii catre vindecare, fie prin transformarea in boala cronica -, problema de sanatate nou-aparuta primeste un diagnostic de boala cronica;

j) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cura de servicii de acupunctura.

Art. 195. - (1) Furnizorii si casele de asigurari de sanatate aflati in relatie contractuala au obligatia sa respecte prevederile prezentei hotarari si ale normelor.

(2) Nerespectarea obligatiilor contractuale de catre parti conduce la aplicarea masurilor prevazute in contractele incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate.

Art. 196. - (1) Casele de asigurari de sanatate comunica termenele de depunere/transmitere a cererilor insotite de

documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive in ambulatoriu, inclusiv termenul-limita de incheiere a contractelor, prin afisare la sediile institutiilor, publicare pe paginile web ale acestora si anunt in mass-media, cu minimum 5 zile lucratoare inainte de inceperea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucratoare inainte de inceperea perioadei in care se incheie contractele in vederea respectarii termenului-limita de incheiere a acestora.

(2) In cazul in care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente si unele materiale sanitare si de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive depun/transmit cererile insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor, la alte termene decat cele stabilite si comunicate de catre casele de asigurari de sanatate si nu participa la negocierea si incheierea contractelor in termenele stabilite de catre acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfasura activitatea respectiva in sistemul de asigurari sociale de sanatate pana la termenul urmator de contractare, cu exceptia situatiilor ce constituie cazuri de forta majora, confirmate de autoritatea publica competenta, potrivit legii, si notificate de indata casei de asigurari de sanatate, respectiv Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(3) Casele de asigurari de sanatate pot stabili si alte termene de contractare, in functie de necesarul de servicii medicale, de medicamente si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive in ambulatoriu, in limita fondurilor aprobate fiecarui tip de asistenta.

Art. 197. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor si a unor materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, precum si a dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu, conform contractelor incheiate cu furnizorii, pe baza facturii si documentelor justificative stabilite conform prevederilor legale in vigoare, care se depun/transmit si se

inregistreaza la casele de asigurari de sanatate in luna urmatoare celei pentru care se face raportarea activitatii realizate.

(2) Refuzul caselor de asigurari de sanatate de a incheia contracte cu furnizorii, denuntarea unilateral a contractului, precum si raspunsurile la cererile si la sesizarile furnizorilor se vor face in scris si motivat, cu indicarea temeiului legal, in termen de 30 de zile.

(3) Litigiile legate de incheierea, derularea si incetarea contractelor dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se solutioneaza de catre Comisia de arbitraj care functioneaza pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, organizata conform reglementarilor legale in vigoare, sau de catre instantele de judecata, dupa caz.

Art. 198. - (1) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat prin reziliere ca urmare a nerespectarii obligatiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul incheiat, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora si care au condus la nerespectarea obligatiilor contractuale de catre furnizor, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract de acelasi tip a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care noul contract se reziliaza/se modifica potrivit prevederilor alin. (1) si (2), casele de asigurari de sanatate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele de acelasi tip incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

(4) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale

cu aceeași casa de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1)-(3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 199. - (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa în calitate de experți și reprezentanți ai CMR, CMSR, CFR și ai OAMGMAMR.

(2) La efectuarea controlului de către reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, în cazul în care se solicită participarea reprezentanților CMR, CMSR, CFR și ai OAMGMAMR, după caz, aceștia participă la efectuarea controlului.

(3) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate și/sau de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

(4) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

Art. 200. - (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de

asigurari de sanatate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum si documente medicale si administrative existente la nivelul entitatii controlate si necesare actului de control, conform solicitarii scrise a organelor de control, se sanctioneaza conform legii si poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 201. - (1) Furnizorii de servicii medicale au obligatia sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile ce reprezinta accidente de munca si boli profesionale daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala. Contravaloarea serviciilor medicale, precum si a medicamentelor si a unor materiale sanitare acordate persoanelor in cauza se suporta din bugetul Fondului, urmand ca, ulterior, sumele decontate sa se recupereze de casele de asigurari de sanatate din sumele prevazute pentru asigurarea de accidente de munca si boli profesionale in bugetul asigurarilor sociale de stat, dupa caz. Sumele incasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie platile. Sumele incasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se incaseaza in contul de restituiri din finantarea bugetara a anilor precedenti.

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligatia:

a) sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse daune sanatatii de catre alte persoane daca la nivelul furnizorilor exista documente in acest sens si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala in vederea decontarii;

b) sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective de la persoanele care raspund potrivit legii si au obligatia repararii prejudiciului produs si sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, in vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurari de sanatate pentru cazurile respective. Sumele restituite catre casele de asigurari de sanatate de catre furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie platile. Sumele restituite catre casele de asigurari de sanatate de catre furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se incaseaza in contul de restituiri din

finantarea bugetara a anilor precedenti.

Art. 202. - Furnizorii de servicii medicale, de medicamente si unele materiale sanitare in tratamentul ambulatoriu, precum si de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive destinate recuperarii unor deficiente organice sau functionale in ambulatoriu au obligatia:

a) sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile acordate si decontate din bugetul Fondului, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana/Regatul Unit al Marii Britanii si Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei; in cadrul acestor evidente se vor inregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane si pentru care sunt aplicabile prevederile art. 201 alin. (2);

b) sa raporteze, in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala facturile pentru serviciile prevazute la lit. a), insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare, la tarifele/preturile de referinta stabilite pentru cetatenii romani asigurati.

Art. 203. - Potrivit prevederilor prezentei hotarari, atributiile care revin directiilor de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti sunt exercitate si de catre directiile medicale sau de structurile similare din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie, precum si de catre autoritatile administratiei publice locale care au preluat managementul asistentei medicale spitalicesti conform legii.

Art. 204. - (1) Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.

(2) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive

asistive depun o declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte ca nu au incheiate sau nu incheie pe parcursul derularii raporturilor contractuale cu casele de asigurari de sanatate contracte, conventii sau alte tipuri de intelegeri cu alti furnizori care se afla in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate sau in cadrul aceluiasi furnizor, in scopul obtinerii de catre acestia/personalul care isi desfasoara activitatea la acestia de foloase/beneficii de orice natura, care sa fie in legatura cu obiectul contractelor incheiate cu casele de asigurari de sanatate.

(3) Dispozitiile alin. (2) nu sunt aplicabile pentru situatiile prevazute de prezentul contract-cadru si normele metodologice de aplicare a acestuia, precum si pentru situatiile rezultate ca urmare a desfasurarii activitatii specifice proprii de catre furnizori.

(4) In situatia in care se constata de catre autoritatile/organele abilitate, ca urmare a unor sesizari/controale ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate, incalcarea dispozitiilor prevazute la alin. (2), contractul se reziliaza de plin drept.

(5) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a fost reziliat in conditiile prevazute la alin. (4), casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurari de sanatate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, inregistrarea in niciun alt contract a entitatilor care preiau drepturile si obligatiile acestora sau care au acelasi reprezentant legal si/sau acelasi actionariat.

Art. 205. - (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportata de asigurat, de unitatile care le solicita, de la bugetul de stat sau din alte surse, dupa caz, sunt urmatoarele:

a) serviciile medicale acordate in caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor;

b) unele servicii medicale de inalta performanta, altele decat cele prevazute in norme;

c) unele servicii de asistenta stomatologica, altele decat cele prevazute in norme;

d) serviciile hoteliere cu grad inalt de confort;

e) corectiile estetice efectuate persoanelor cu varsta de peste 18 ani, cu exceptia reconstructiei mamare prin endoprotezare si a simetrizarii consecutive acesteia in cazul interventiilor chirurgicale oncologice;

f) unele medicamente, materiale sanitare si tipuri de transport, altele decat cele prevazute in norme;

g) serviciile medicale solicitate si eliberarea actelor medicale solicitate de autoritatile care prin activitatea lor au dreptul sa cunoasca starea de sanatate a asiguratilor si eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguratilor, cu exceptia celor prevazute in norme;

h) fertilizarea in vitro;

i) asistenta medicala la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate in vederea expertizei capacitatii de munca;

j) contravaloarea unor materiale necesare corectarii vazului si auzului;

k) contributia personala din pretul medicamentelor, al unor servicii medicale si al dispozitivelor medicale, tehnologiilor si dispozitivelor asistive;

l) serviciile medicale solicitate de asigurat;

m) unele servicii si proceduri de reabilitare, altele decat cele prevazute in norme;

n) cheltuielile de personal aferente medicilor si asistentilor medicali, precum si cheltuielile cu medicamente si materiale sanitare din unitatile medico-sociale;

o) serviciile acordate in cadrul sectiilor/clinicilor de boli profesionale si cabinetelor de medicina a muncii;

p) serviciile hoteliere solicitate de pacientii ale caror afectiuni se trateaza in spitalizare de zi;

q) cheltuielile de personal pentru medici, farmacisti si medici dentisti pe perioada rezidentiatului;

r) serviciile de planificare familiala acordate de medicul de familie in cabinetele de planning familial din structura spitalului;

s) cheltuielile de personal pentru medicii si personalul sanitar din unitatile sau sectiile de spital cu profil de recuperare a distroficiilor, recuperare si reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;

s) activitatile care prezinta un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sanatate publica: dispensare TBC,

laboratoare de sanatate mintala, respectiv centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie;

t) cheltuielile prevazute la art. 100 alin. (7), (8) si (13) din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru unitatile de primire a urgentelor si compartimentele de primire a urgentelor cuprinse in structura organizatorica a spitalelor de urgenta, aprobate in conditiile legii.

(2) Contributia personala prevazuta la alin. (1) lit. k) se stabileste prin norme.

Art. 206. - (1) Pentru categoriile de persoane prevazute in legi speciale, care beneficiaza de asistenta medicala gratuita suportata din Fond, in conditiile stabilite de reglementarile legale in vigoare, casele de asigurari de sanatate deconteaza suma aferenta serviciilor medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii medicale de baza, care cuprinde atat contravaloarea serviciilor medicale acordate oricarui asigurat, cat si suma aferenta contributiei personale prevazute pentru unele servicii medicale ca obligatie de plata pentru asigurat, cu exceptia asiguratilor care opteaza sa beneficieze de unele servicii medicale in regim de spitalizare continua, ambulatoriu clinic de specialitate si ambulatoriu paraclinic de specialitate acordate de furnizorii privati care incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate, prevazuti la art. 230 alin. (21) din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, in conditiile prevazute in norme.

(2) Pentru asiguratii prevazuti in Legea [nr. 80/1995](#) privind statutul cadrelor militare, cu modificarile si completarile ulterioare, si in Legea [nr. 360/2002](#) privind Statutul politistului, cu modificarile si completarile ulterioare, din Fond se suporta contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricarui alt asigurat.

Art. 207. - (1) In situatia producerii unor intreruperi in functionarea Platformei informatice din asigurarile de sanatate, denumita in continuare PIAS, constatate si comunicate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale si dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive se acorda in regim off-line. Transmiterea in PIAS de catre furnizorii de servicii medicale si de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive a serviciilor acordate in regim off-line pe perioada

intreruperii PIAS si a serviciilor acordate off-line anterior producerii intreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada intreruperii, conform prevederilor contractuale, se face pana la sfarsitul lunii in curs sau cel tarziu pana la termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contract.

(2) Termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contractul incheiat intre furnizorii de servicii medicale/de dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive si casele de asigurari de sanatate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de intrerupere prevazute la alin. (1) sau a intreruperii functionarii PIAS in perioada de raportare a serviciilor medicale/dispozitivelor medicale, tehnologii si dispozitive asistive.

Art. 208. - (1) In situatia producerii unor intreruperi in functionarea PIAS constatate si comunicate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin publicare pe site-ul propriu, furnizorii de medicamente elibereaza in sistem off-line medicamentele din prescriptiile medicale on-line si off-line, in conditiile prevazute in norme. In aceste situatii medicamentele prescrise nu se elibereaza fractionat. Transmiterea in PIAS de catre furnizorii de medicamente a medicamentelor eliberate in regim off-line pe perioada intreruperii PIAS se face pana la sfarsitul lunii in curs sau cel tarziu pana la termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contract.

(2) Termenul de raportare a activitatii lunii anterioare prevazut in contractul incheiat intre furnizorii de medicamente si casele de asigurari de sanatate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de intrerupere prevazute la alin. (1) sau a intreruperii functionarii PIAS in perioada de raportare a medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu eliberate.

Art. 209. - Serviciile medicale/medicamentele/dispozitivele medicale, tehnologiile si dispozitivele asistive acordate/eliberate off-line la care se inregistreaza erori in utilizarea cardului de asigurari sociale de sanatate in perioada de intrerupere a functionarii sistemului national al cardului de asigurari sociale de sanatate se valideaza strict pentru aceste erori.

Art. 210. - Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emite ordin, pana la termenul de raportare a activitatii lunare prevazut in contract, pentru ziua/zilele in care sunt

constatate intreruperi in functionarea oricarei componente PIAS in conditiile art. 207-209. Ordinul cuprinde procedura de transmitere in PIAS a serviciilor acordate off-line si/sau procedura de validare a acestora in cazul imposibilitatii de a utiliza on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate - parte componenta a PIAS, ca urmare a intreruperii in functionarea acestuia, si se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 211. - Datele necesare pentru stabilirea calitatii de asigurat sunt puse la dispozitia Casei Nationale de Asigurari de Sanatate sau, dupa caz, caselor de asigurari de sanatate, potrivit legii, de catre autoritatile, institutiile publice si alte institutii care raspund de corectitudinea datelor transmise. Datele puse la dispozitia Casei Nationale de Asigurari de Sanatate/caselor de asigurari de sanatate produc efecte in ceea ce priveste calitatea, respectiv categoria de asigurat, de la data inregistrarii in platforma informatica din asigurarile de sanatate, cu exceptia datei decesului sau nasterii persoanei, care produc efecte de la data inregistrarii evenimentului, precum si a persoanelor fizice prevazute la art. 223 alin. (12) din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, care au fost inregistrate de la data inceperii raporturilor de munca/serviciu.

Art. 212. - Pentru situatiile care necesita prezentarea de documente casei de asigurari de sanatate de catre asigurat, membru al familiei de grad I si II, sot/sotie, persoana imputernicita legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, documentele pot fi transmise casei de asigurari de sanatate prin mijloace electronice de comunicare sau pot fi depuse in numele asiguratului de orice persoana, cu exceptia reprezentantilor legali ai furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu si fara contributie personala/dispozitive medicale, tehnologii si dispozitive asistive si a persoanelor care desfasoara activitate la nivelul acestora. Mijloacele electronice de comunicare se pot folosi si pentru transmiterea de catre casele de asigurari de sanatate a documentelor eliberate, necesare asiguratilor.

Capitolul XIV

Dispozitii aplicabile pana la finalul lunii in care inceteaza starea de alerta declarata potrivit legii, in contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2

Art. 213. - (1) Numarul maxim de consultatii acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice este de maximum 5 consultatii pe ora/medic, cu posibilitatea acordarii de catre medicul de familie a doua consultatii/luna/pacient cu boli cronice.

(2) Numarul maxim de consultatii ce poate fi raportat pe zi la nivelul furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala primara si din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice se stabileste prin raportare la programul la cabinet al medicilor si la numarul maxim de 5 consultatii/ora/medic prevazut la alin. (1).

(3) Consultatiile medicale prevazute in pachetul de servicii de baza, respectiv in pachetul minimal de servicii medicale pot fi acordate si la distanta, acestea putand fi acordate atat de medicii de familie, cat si de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicina fizica si de reabilitare, si pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu incadrarea in numarul maxim de 5 consultatii/ora.

(4) Pacientii simptomatici, pentru manifestari clinice sugestive pentru COVID-19, beneficiaza de consultatii, inclusiv consultatii la distanta ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie si de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu incadrarea in numarul maxim de 5 consultatii/ora. De aceste consultatii beneficiaza toate persoanele aflate pe teritoriul Romaniei.

(5) Medicul de familie, precum si medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicul de medicina fizica si de reabilitare, vor consemna consultatiile medicale la distanta in registrul de consultatii si in fisa pacientului, dupa caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat si a intervalului orar in care acestea au fost efectuate, si vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronica.

(6) Consultatiile la distanta prevazute la alin. (3) se acorda si se deconteaza conform reglementarilor legale in vigoare aplicabile consultatiilor la cabinet prevazute in pachetele de servicii, prevazute in prezenta hotarare si normele metodologice de aplicare a acesteia.

(7) Consultatiile prevazute la alin. (4), inclusiv cele la distanta, se asimileaza consultatiilor din pachetul de servicii de baza acordate la cabinet pentru afectiuni acute, subacute si acutizari ale unor afectiuni cronice.

Art. 214. - (1) Casele de asigurari de sanatate contracteaza intreaga suma alocata de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate cu destinatie servicii medicale spitalicesti, luand in calcul indicatorii specifici fiecarei unitati sanitare cu paturi conform prezentei hotarari si normelor metodologice de aplicare a acesteia.

(2) Pentru unitatile sanitare cu paturi care acorda servicii in regim de spitalizare continua pentru afectiuni acute, aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, suma contractata lunar poate fi suplimentata la solicitarea unitatilor sanitare cu paturi pe baza de documente justificative, fara a depasi suma ce poate fi contractata in functie de capacitatea maxima de functionare lunara a fiecarui spital.

(3) Pentru situatiile prevazute la art. 215 alin. (2) si (3), pentru unitatile sanitare cu paturi care acorda servicii in regim de spitalizare continua pacientilor diagnosticati cu COVID-19, prevazute in ordin al ministrului sanatatii, suma contractata lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecarei unitati sanitare cu paturi, poate fi suplimentata la solicitarea furnizorilor pe baza de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activitatii desfasurate, prin incheierea unor acte aditionale de suplimentare a sumelor contractate.

Art. 215. - (1) Casele de asigurari de sanatate deconteaza unitatilor sanitare cu paturi care acorda servicii in regim de spitalizare continua pentru afectiuni acute activitatea desfasurata lunar, dupa cum urmeaza:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizati in limita valorii de contract, daca se acopera contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate in limita valorii de contract, in situatia in care valoarea aferenta indicatorilor realizati este mai mica sau egala cu nivelul

cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizati, fara a depasi suma ce poate fi contractata in functie de capacitatea maxima de functionare lunara a fiecarui spital, daca se acopera cheltuiala efectiv realizata.

(2) In cazul cresterii numarului de cazuri COVID-19, care necesita internarea in unitatile sanitare care trateaza pacienti diagnosticati cu COVID-19, casele de asigurari de sanatate pot deconta unitatilor sanitare cu paturi care acorda servicii in regim de spitalizare continua pacientilor diagnosticati cu COVID-19, prevazute in ordin al ministrului sanatatii, activitatea desfasurata lunar, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, in situatia in care acestea depasesc nivelul contractat, justificat de situatia epidemiologica generata de coronavirusul SARS-CoV-2.

(3) Pentru unitatile sanitare cu paturi care au inceput sa acorde servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua pacientilor diagnosticati cu COVID-19 in cursul unui trimestru si care nu au incheiat in fiecare luna a respectivului trimestru acte aditionale de suplimentare a valorii de contract, in trimestrul urmator decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, in situatia in care acestea depasesc nivelul contractat, pe baza de documente justificative, prin incheiere de acte aditionale de suplimentare a sumelor contractate.

(4) Pentru situatiile prevazute la alin. (2) si (3), Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in baza solicitarilor fundamentate ale caselor de asigurari de sanatate, justificate de evolutia situatiei epidemiologice de la nivel local si/sau national, dupa caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate initial.

(5) Pentru unitatile sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate care acorda servicii in regim de spitalizare continua pentru afectiuni cronice se aplica prevederile alin. (1) lit. a) si b).

(6) Pentru unitatile sanitare cu paturi care acorda servicii in regim de spitalizare continua prevazute la alin. (1) si (2), carora le sunt aplicabile prevederile alin. (1) lit. c), respectiv alin. (2), se incheie acte aditionale de suplimentare a sumelor contractate, dupa incheierea lunii in care au fost acordate serviciile medicale.

(7) Decontarea lunara pentru unitatile sanitare cu paturi care furnizeaza servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare

continua, aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, se face potrivit prevederilor alin. (1)-(3), fara a mai fi necesara o regularizare trimestriala.

Art. 216. - (1) Unitatile sanitare cu paturi raporteaza lunar si trimestrial datele aferente cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate la casele de asigurari de sanatate si la Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti.

(2) Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti are obligatia transmiterii lunar si trimestrial a datelor/informatiilor de confirmare clinica si medicala a activitatii unitatilor sanitare cu paturi, la termenele si potrivit reglementarilor Ordinului presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate in regim de spitalizare continua si de zi, precum si a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice si medicale pentru care se solicita reconfirmarea.

Art. 217. - (1) Pentru investigatiile paraclinice efectuate in regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practica medicala, aprobate prin ordin al ministrului sanatatii, necesare monitorizarii pacientilor diagnosticati cu COVID-19, dupa externarea din spital sau dupa incetarea perioadei de izolare, precum si a pacientilor diagnosticati cu boli oncologice, diabet, afectiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurari de sanatate se pot suplimenta prin acte aditionale dupa incheierea lunii in care au fost acordate investigatiile paraclinice.

(2) Pentru investigatiile paraclinice prevazute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice vor tine evidente distincte.

(3) Efectuarea investigatiilor paraclinice necesare pacientilor, in vederea monitorizarii afectiunilor prevazute la alin. (1), se realizeaza de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data solicitarii acestora.

Completat de art.unic pct.1 din [HG 80/2022](#)

Art. 218. - Din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate se suporta serviciile medicale si

medicamentele necesare pentru tratarea pacientilor diagnosticati cu COVID-19 si a complicatiilor acestora, acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum si altor persoane aflate pe teritoriul Romaniei.

Art. 219. - (1) In cazul persoanelor asigurate din statele cu care Romania a incheiat documente internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au beneficiat pe teritoriul Romaniei de servicii medicale acordate in unitati sanitare cu paturi, recuperarea cheltuielilor se face la nivelul tarifelor aferente serviciilor medicale sau, dupa caz, la nivelul sumei corespunzatoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat.

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicesti prevazuti la art. 215 alin. (1)-(3), carora le sunt aplicabile, dupa caz, reglementarile art. 215 alin. (1) lit. b), respectiv alin. (2) si (3), au obligatia sa transmita caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, in vederea recuperarii cheltuielilor pentru serviciile prevazute la alin. (1), pe langa copii ale documentelor de deschidere de drepturi, si copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

Art. 219¹. - (1) **Casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza serviciile medicale acordate in centrele de evaluare organizate la nivelul unitatilor sanitare cu paturi in vederea evaluarii si tratarii pacientilor confirmati cu COVID-19. Modul de organizare si functionare a centrelor de evaluare se aproba prin ordin al ministrului sanatatii in termen de 10 zile.**

(2) **In centrele de evaluare se acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru persoanele care indeplinesc conditiile prevazute in anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sanatatii nr. 1.513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de catre directiile de sanatate publica judetene si a municipiului Bucuresti, de catre Institutul National de Sanatate Publica, de catre unitatile sanitare, precum si de catre serviciile de ambulanta judetene si Serviciul de Ambulanta Bucuresti-Ilfov si de medicii de familie a masurilor in domeniul sanatatii publice in situatii de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificarile si completarile ulterioare, suportate din fondurile aferente asistentei medicale spitalicesti si decontate prin tarif pe serviciu medical-caz, exprimat in lei. Serviciile medicale-caz si tarifele aferente acestora se stabilesc prin norme.**

(3) Contractarea si decontarea activitatii desfasurate in cadrul centrelor de evaluare se realizeaza in baza actelor aditionale ce se incheie intre casele de asigurari de sanatate si unitatile sanitare cu paturi care au organizate centre de evaluare.

(4) In vederea contractarii cu casele de asigurari de sanatate a serviciilor medicale acordate in centrele de evaluare, unitatile sanitare cu paturi vor transmite caselor de asigurari de sanatate urmatoarele documente asumate prin semnatura electronica extinsa calificata a reprezentantului legal:

a) cererea prin care solicita contractarea serviciilor medicale ce se acorda in cadrul centrului de evaluare;

b) documentul eliberat de directia de sanatate publica privind infiintarea centrului de evaluare, care atesta indeplinirea conditiilor de functionare a centrului de evaluare;

c) lista personalului care isi desfasoara activitatea in cadrul centrului de evaluare si programul de activitate al centrului; in situatia in care dupa incheierea actelor aditionale prevazute la alin. (3) lista personalului si/sau programul centrului de evaluare se modifica, reprezentantul legal al unitatii sanitare anunta casa de asigurari de sanatate despre aceste situatii cel tarziu in ziua producerii modificarii.

Completat de art.unic pct.2 din [HG 80/2022](#)

Art. 219². - (1) In centrele de evaluare se acorda servicii medicale tuturor persoanelor aflate pe teritoriul Romaniei, care indeplinesc conditiile prevazute in anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sanatatii [nr. 1.513/2020](#), cu modificarile si completarile ulterioare, fara a fi necesara prezentarea biletului de trimitere, pe baza confirmarii infectiei printr-un test antigen rapid sau test NAAT/RT-PCR identificat in platforma Corona Forms la momentul prezentarii in centrul de evaluare.

(2) Serviciile medicale acordate in centrele de evaluare pentru persoanele prevazute la alin. (1) se acorda si se deconteaza conform prevederilor referitoare la spitalizarea de zi din cuprinsul capitolului VI «Servicii medicale in unitati sanitare cu paturi» si al prezentului capitol, precum si in conditiile prevazute in norme.

(3) Serviciile medicale acordate in centrele de evaluare se deconteaza numai daca s-au efectuat toate serviciile obligatorii aferente tipului de serviciu medical-caz, prevazute in norme.

(4) Suma contractata cu casa de asigurari de sanatate de un

furnizor, pentru serviciile medicale acordate in centrele de evaluare, se determina prin inmultirea numarului de cazuri negociat si contractat pe tipuri de servicii medicale cu tariful aferent acestora. Suma contractata se defalca pe trimestre si pe luni.

(5) Decontarea lunara a serviciilor medicale acordate in centrele de evaluare se face pe baza numarului de servicii medicale-cazuri si a tarifului pe serviciu medical-caz, in limita sumelor contractate, pe baza facturii si a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurari de sanatate pana la data prevazuta in contractul incheiat de furnizor cu casa de asigurari de sanatate. Trimestrial se fac regularizari in conditiile prevazute in norme.

(6) Validarea serviciilor medicale-caz in regim de spitalizare de zi in vederea decontarii se face de catre casa de asigurari de sanatate conform prevederilor referitoare la spitalizarea de zi din cuprinsul capitolului VI «Servicii medicale in unitati sanitare cu paturi» si al prezentului capitol, precum si in conditiile prevazute in norme, cu incadrarea in valoarea de contract pentru spitalizarea de zi sau, dupa caz, in suma contractata pentru serviciile medicale-caz aferenta centrului de evaluare in cazul in care unitatea sanitara cu paturi nu are incheiat contract cu casa de asigurari de sanatate pentru servicii de spitalizare de zi, avand in vedere si confirmarea serviciilor medicale-caz din punctul de vedere al datelor clinice si medicale la nivel de pacient comunicate de catre Scoala Nationala de Sanatate Publica, Management si Perfectionare in Domeniul Sanitar Bucuresti, conform prevederilor stabilite prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Completat de art.unic pct.2 din [HG 80/2022](#)

Art. 220. - Masurile prevazute in prezentul capitol sunt aplicabile pana la finalul lunii in care inceteaza starea de alerta, declarata potrivit legii.

Capitolul XV

Dispozitii pentru punerea in aplicare a prevederilor art. 229

alin. (5)

si ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata,
cu modificarile si completarile ulterioare

Art. 221. - (1) Pentru pacientii internati in regim de spitalizare continua, pentru care se acorda servicii medicale spitalicesti in unitatile sanitare publice, cuantumul alocatiei de hrana nu este inclus in plata acestor servicii.

(2) Prevederile alin. (1) sunt aplicabile inclusiv pentru serviciile medicale de recuperare medicala, medicina fizica si de reabilitare acordate in regim de spitalizare continua in unitati sanitare publice, respectiv sanatorii/sectii sanatoriale din spitale pentru adulti si copii, inclusiv cele balneare, si in preventorii, a caror plata se face prin tarif pe zi de spitalizare.

Art. 222. - (1) Casele de asigurari de sanatate incheie un act aditional cu unitatile sanitare publice, aflate in relatie contractuala cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua, care are ca obiect decontarea unei sume lunare corespunzatoare alocatiei de hrana acordate potrivit prevederilor art. 229 alin. (5) si ale art. 232 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, in cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sanatatii.

(2) Modelul de act aditional, obligatiile partilor contractante, documentele justificative in baza carora se deconteaza suma corespunzatoare alocatiei de hrana sunt reglementate prin ordin comun al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(3) Suma lunara corespunzatoare alocatiei de hrana ce urmeaza sa fie decontata de catre casele de asigurari de sanatate este aferenta cazurilor internate in regim de spitalizare continua in unitatile sanitare publice, pentru care serviciile medicale spitalicesti sunt decontate din Fondul national unic de asigurari sociale de sanatate; suma lunara corespunzatoare alocatiei de hrana ce urmeaza sa fie decontata se stabileste prin raportare la numarul de zile de spitalizare aferente cazurilor internate in regim de spitalizare continua.

(4) Actul aditional prevazut la alin. (1) este valabil de la data incheierii pana la data de 31 decembrie 2022.

(5) Durata actului aditional prevazut la alin. (1) se poate prelungi pe toata durata derularii contractului incheiat de unitatile sanitare publice cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicesti in regim de spitalizare continua, prin incheierea unui act aditional semnat de ambele parti."

Capitolul XV, completat de art.I din [HG 897/2022](#)