

HOTĂRÂRE Nr. 521/2023 din 26 mai 2023
pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează
condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor
medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*)
EMITENT: GUVERNUL ROMÂNIEI
PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 466 bis din 26 mai 2023

*) [Hotărârea Guvernului nr. 521/2023](#) a fost publicată în Monitorul Oficial al
României, Partea I, nr. 466 din 26 mai 2023 și este reprodusă și în acest număr bis.

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. 1

(1) Se aprobă pachetele de servicii, respectiv pachetul minimal de servicii și
pachetul de servicii de bază, care sunt prevăzute în [anexa nr. 1](#).

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

ART. 2

[Anexele nr. 1 și 2](#) fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

ART. 3

La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, [Hotărârea Guvernului nr.
696/2021](#) pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care
reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a
dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru
anii 2021 - 2022, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din
28 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se abrogă.

ART. 4

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

PRIM-MINISTRU
NICOLAE-IONEL CIUCĂ

Contrasemnează:
Ministrul sănătății,
Alexandru Rafila

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

Ministrul apărării naționale,
Angel Tîlvăr

Ministrul muncii și solidarității sociale,
Marius-Constantin Budăi

Ministrul afacerilor interne,
Lucian Nicolae Bode

Ministrul investițiilor și proiectelor europene,
Marcel-Ioan Boloș

Ministrul finanțelor,
Adrian Căciu

București, 26 mai 2023.
Nr. 521.

ANEXA 1

Pachetele de servicii

CAPITOLUL I

Pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază

A. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară

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

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

1.1. Serviciile medicale curative

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

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

- a) creșterea și dezvoltarea;
- b) starea de nutriție și practicile nutriționale;
- c) depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă și sex, conform normelor.

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

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

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie - fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice.

1.2.4. Depistare de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, recomandare tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la [pct. II](#) din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurării beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiu de asigurare.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

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

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

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

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

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

1.3. Consultațiile la domiciliu

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

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

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

1.4. Serviciile diagnostice și terapeutice

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

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

1.5. Activitățile de suport

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

- a) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;
- b) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului.

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

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

2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile altor activități de suport, altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5.

NOTĂ:

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

B. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

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

- 1.1. servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- 1.2. supraveghere și depistare de boli cu potențial endemoepidemic;
- 1.3. consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei.

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

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

- 1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lăuziei

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

NOTĂ:

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

C. Pachetul minimal de servicii medicale pentru asistența medicală spitalicească

Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.

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

D. Pachetul minimal de servicii medicale pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale [titlului IV](#) "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare

2. Transport sanitar neasistat

NOTĂ:

Detalierea și condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

E. Pachetul minimal de servicii medicale pentru medicină dentară

Pachetul minimal cuprinde următoarele categorii de acte terapeutice:

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

NOTĂ:

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

CAPITOLUL II

Pachetul de servicii de bază

A. Pachetul de servicii de bază în asistența medicală primară

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

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

1.1. Serviciile medicale curative

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.

1.2. Serviciile medicale preventive și profilactice includ:

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

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

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

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

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie - fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice.

1.2.4. Depistare boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la [pct. II](#) din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

1.2.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) evaluarea femeii preconcepție;

c) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

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

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

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

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

1.3. Consultațiile la domiciliu

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

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

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

1.4. Serviciile medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice

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

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

a) serviciile medicale adiționale, conform competențelor dobândite prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz, în

condițiile stabilite prin norme și în limita sumei contractate conform actului adițional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, din fondul alocat asistenței medicale paraclinice;

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

1.5. Activitățile de suport

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

- a) certificate de concediu medical;
- b) bilete de trimitere;
- c) prescripții medicale;
- d) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăvire;
- e) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile [Legii nr. 272/2004](#) privind protecția și promovarea drepturilor copilului, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- f) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate;
- g) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului;
- h) eliberarea fișei medicale sintetice pentru copilul încadrat în grad de handicap sau care urmează să fie încadrat în grad de handicap;
- i) adeverință de încadrare în muncă pentru șomeri beneficiari ai pachetului de bază;
- j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;
- k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;
- l) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.

1.6. Serviciile de administrare de medicamente

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

NOTĂ:

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

B. Pachetul de servicii medicale de bază acordate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

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

- 1.1. servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- 1.2. servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute și subacute, precum și acutizări ale bolilor cronice;
- 1.3. servicii medicale curative - consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni cronice;
- 1.4. depistarea de boli cu potențial endemoepidemic;
- 1.5. consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială;
- 1.6. servicii de îngrijiri paliative;
- 1.7. servicii diagnostice și terapeutice;
- 1.8. serviciile de sănătate conexe actului medical;
- 1.9. servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei;
- 1.10. servicii medicale în scop diagnostic - caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi și se acordă în ambulatoriul de specialitate clinic.

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

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

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

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

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

1.4. Depistarea de boli cu potențial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitale de specialitate pentru confirmare și tratament. Bolile cu potențial endemoepidemic sunt cele prevăzute la [pct. II](#) din [anexa](#) la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020 pentru aprobarea Listei cuprinzând urgențele

medico-chirurgicale, precum și bolile infectocontagioase din grupa A, pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă, fără îndeplinirea condiției de stagiul de asigurare.

1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială cuprind:

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

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

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

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

NOTĂ:

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

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

- a) neurologie și neurologie pediatrică;
- b) otorinolaringologie;
- c) psihiatrie și psihiatrie pediatrică;
- d) reumatologie;
- e) ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;
- f) oncologie medicală;

- g) diabet zaharat, nutriție și boli metabolice;
- h) hematologie;
- i) nefrologie și nefrologie pediatrică;
- j) oncologie și hematologie pediatrică;
- k) cardiologie;
- l) pneumologie;
- m) medicină fizică și de reabilitare;
- n) genetică medicală;
- o) radioterapie;
- p) cardiologie pediatrică;
- q) chirurgie cardiovasculară;
- r) chirurgie orală și maxilo-facială;
- s) chirurgie pediatrică;
- ș) endocrinologie;
- t) gastroenterologie pediatrică;
- ț) pediatrie;
- u) pneumologie pediatrică.

1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

- a) neurologie și neurologie pediatrică:
 - a1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - a2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
 - a3) servicii conexe furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- b) otorinolaringologie:
 - b1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - b2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
- c) psihiatrie și psihiatrie pediatrică:
 - c1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;
 - c2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
 - c3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;
- d) reumatologie:
 - d1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

d2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

e) ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică: servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

f) oncologie medicală:

f1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

f2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

g) diabet zaharat, nutriție și boli metabolice: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

h) hematologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

i) nefrologie și nefrologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

j) oncologie și hematologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

k) cardiologie:

k1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

k2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

l) pneumologie:

l1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

l2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

m) îngrijiri paliative:

m1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie,

m2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

m3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

n) medicină fizică și de reabilitare:

n1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie,

n2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped,

n3) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

o) genetică medicală: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;

p) radioterapie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

q) cardiologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

r) chirurgie cardiovasculară: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;

s) chirurgie orală și maxilo-facială: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;

ș) chirurgie pediatrică:

ș1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

ș2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

t) endocrinologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie pentru copii;

ț) gastroenterologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

u) pediatrie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie.

v) pneumologie pediatrică:

v1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie;

v2) servicii furnizate de fizioterapeut, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme.

NOTĂ:

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

1.9. Servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei

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

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

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

3. Servicii de acupunctură - consultații, cură de tratament

NOTĂ:

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

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

NOTĂ:

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

D. Pachetul de servicii medicale de bază pentru medicină dentară

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

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

NOTĂ:

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

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

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

1.1. Hematologie

1.2. Biochimie - serică și urinară

1.3. Imunologie și imunochimie

1.4. Microbiologie

1.5. Examinări histopatologice, citologice și imunohistochimice

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

2.1. Radiologie - imagistică medicală

2.1.1. Investigații convenționale:

a) investigații cu radiații ionizante;

b) investigații neiradiante.

2.1.2. Investigații de înaltă performanță, inclusiv medicină nucleară

NOTĂ:

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

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

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

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

a) spitalizare continuă;

b) spitalizare de zi.

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

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

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

6. Criteriile de internare în spitalizare de zi, lista afecțiunilor/diagnosticilor - caz rezolvat medical, lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală, lista serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi, precum și tarifele aferente acestora sunt detaliate în norme.

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

G. Pachetul de servicii medicale de bază pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

1. Consultații de urgență la domiciliu pentru urgențele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în [anexa nr. 9](#) la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2.021/691/2008, cu modificările ulterioare.

2. Transport sanitar neasistat

NOTĂ:

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

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

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

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

n) recoltarea produselor biologice.

NOTĂ:

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

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

Pachetul de bază de îngrijiri paliative la domiciliu cuprinde:

1. servicii medicale efectuate de medic sau sub supravegherea medicului: evaluarea holistică, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, comunicarea cu pacientul și familia în vederea asigurării înțelegerii diagnosticului și prognosticului, elaborarea planului de îngrijiri, educarea și consilierea pacientului și familiei în aplicarea planului de îngrijire, susținerea pacientului și familiei în luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, efectuarea de manevre de diagnostic și terapeutice, prescrierea medicației, aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic și nefarmacologic adecvat pentru managementul simptomelor, activități de suport;
2. servicii de îngrijire asigurate de asistentul medical: evaluarea nevoilor de îngrijire, monitorizarea pacientului - funcții vitale, vegetative, îngrijirea escarelor, limfedemului, stomelor, tumorilor exulcerate, administrarea de medicamente, metode nefarmacologice de tratament al simptomelor, educarea pacientului, familiei și a aparținătorilor privind îngrijirea curentă;
3. servicii de kinetoterapie furnizate de fizioterapeuți;
4. servicii de asistență psihologică furnizate de psiholog.

NOTĂ:

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

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

1. Serviciile de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți potrivit prevederilor [Legii](#) societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

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

1.2. Servicii medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare acordate în sanatorii, altele decât balneare, și preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care își desfășoară activitatea în aceste unități.

NOTĂ:

Condițiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

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

Medicamentele de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală sunt prevăzute în [Lista](#) cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare.

NOTĂ:

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

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

Pachetul de bază cuprinde următoarele categorii de dispozitive:

1. dispozitive de protezare în domeniul ORL;
2. dispozitivele pentru protezare stomii;
3. dispozitivele pentru retenție sau/și incontinență urinară;
4. proteze pentru membrul inferior;
5. proteze pentru membrul superior;
6. orteze:
 - 6.1. pentru coloana vertebrală;
 - 6.2. pentru membrul superior;
 - 6.3. pentru membrul inferior;
7. încălțăminte ortopedică;
8. dispozitive pentru deficiențe vizuale;

9. echipamente pentru oxigenoterapie, ventilație noninvazivă și suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP;
10. dispozitive pentru terapia cu aerosoli;
11. dispozitive de mers;
12. proteză externă de sân;
13. dispozitive compresive.

NOTĂ:

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

CAPITOLUL III

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

A. Asistența medicală primară

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la [cap. I](#) lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1 și pct. 1.2 subpct. 1.2.4, precum și de cele prevăzute la [cap. II](#) lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, conform normelor.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la [cap. II](#) lit. A, conform normelor.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pot beneficia, după

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

B. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la [cap. I](#) lit. B pct. 1 subpct. 1.1 și 1.2 și la [cap. II](#) lit. B pct. 1 subpct. 1.2, conform normelor.

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

3. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, pachetul de servicii este cel prevăzut la [cap. II](#) lit. B sau, după caz, de serviciile medicale prevăzute la [cap. I](#) lit. B pct. 1 subpct. 1.1 și 1.2 conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

NOTĂ:

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

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

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de

Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază, în ambulatoriu de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. C conform normelor. Furnizorii acordă servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază în ambulatoriu de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. C, conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. C se acordă numai pe baza Planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

D. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la [cap. I](#) lit. E, conform normelor, devenite necesare pe timpul șederii temporare în România.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la [cap. II](#) lit. D, conform normelor, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pot beneficia, după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la [cap. II](#) lit. D sau de

serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la [cap. I](#) lit. E, conform normelor și în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

E. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. E conform normelor, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la [cap. II](#) lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la [cap. II](#) lit. B pct. 1 subpct. 1.2.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. E conform normelor. Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. E conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. E se acordă numai pe baza biletului de trimitere și în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

F. Asistența medicală spitalicească

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la [cap. I](#) lit. C, precum și

de serviciile medicale de chimioterapie acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în norme. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului CE nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază în asistența medicală spitalicească de serviciile prevăzute la [cap. II](#) lit. F. Furnizorii de servicii medicale spitalicești acordă serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. F pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la [cap. I](#) lit. C sau de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. F, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale. Serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. F se acordă pe baza biletului de internare în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

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

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. G, conform normelor.

2. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. G, conform normelor.

3. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. G, conform normelor, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

H.1. Îngrijiri medicale la domiciliu

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu prevăzut la [cap. II](#) lit. H.1.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu, prevăzut la [cap. II](#) lit. H.1, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

H.2. Îngrijiri paliative la domiciliu

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la [cap. II](#) lit. H.2.

2. Pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la [cap. II](#) lit. H.2, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale.

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

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, furnizorii de servicii medicale de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. I, conform normelor, numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, se acordă serviciile medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. I, conform normelor, numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

J. Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de medicamentele prevăzute la [cap. II](#) lit. J, în condițiile prevăzute în norme.

2. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, se acordă medicamente în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la [cap. II](#) lit. J, în condițiile prevăzute în norme.

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

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

1. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. K, în condițiile stabilite prin norme.

2. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se acordă dispozitive medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitive medicale prevăzute la [cap. II](#) lit. K, în condițiile stabilite prin norme și în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

ANEXA 2

CONTRACTUL-CADRU

care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

CAPITOLUL I

Asistența medicală primară

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 1

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

- a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor [art. 253](#) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit [art. 7](#) alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- c) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, numai pentru furnizorii pentru care există obligația acreditării potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Legii nr. 185/2017](#), cu modificările și completările ulterioare, și, respectiv, sunt acreditați pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;
- d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 6](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

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

ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară.

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

ART. 2

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

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

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

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

(4) În localitățile urbane numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii

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

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

ART. 3

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

ART. 4

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

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

ART. 5

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

h) lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând

persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

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

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

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 7

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

a) să respecte dreptul la libera alegere de către persoanele asigurate și neasigurate a medicului și a furnizorului; să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu

modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

c) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la:

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

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

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

e) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, aprobate prin [Hotărârea Guvernului nr. 1915/2006](#), cu modificările ulterioare, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical

propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform [normelor](#) metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

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

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

m) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate și să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicația informatică sau

sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate și să respecte specificațiile de interfațare publicate;

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

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

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

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

r) să respecte dreptul persoanei asigurate, precum și al persoanei neasigurate de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, precum și în condițiile reglementate la [art. 12](#), prin punerea la dispoziția medicului la care persoanele asigurate și neasigurate optează să se înscrie a documentelor medicale;

s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și să recomande investigații paraclinice, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare

de 30 de zile calendaristice, inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală.

În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital.

Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în norme și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme.

Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme.

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să rezulte că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

ș) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, ca urmare a actului medical propriu; să recomande cateterul urinar, numai ca

urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat(e) de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

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

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

w) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei

căroră li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele căroră nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

y) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

ART. 8

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

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

b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca

urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 9

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

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

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

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

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

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, termen care poate fi mai mic decât cel prevăzut la [art. 197](#) alin. (2), în funcție de data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, și data de intrare în vigoare a prezentului contract-cadru și a normelor metodologice de aplicare a acestuia, precum și a actelor normative de modificare/completare a acestora;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

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

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

j) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data

comunicării sumelor; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

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

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

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

n) să pună la dispoziția furnizorilor cu care se află în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare, format stabilit de casa națională de asigurări de sănătate;

o) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate și a persoanelor neasigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de persoane asigurate și persoane nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile prevederilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

SECȚIUNEA a 5-a

Condiții specifice

ART. 10

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

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

ART. 11

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

ART. 12

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

- a) decesul medicului pe lista căruia se află înscrise;
- b) medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau contractul este suspendat;
- c) a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se aflau înscrise;
- d) persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată își schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta;
- e) persoana asigurată, respectiv persoana neasigurată se află în arest preventiv sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv și/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate, precum și în situația arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv, serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală ce își desfășoară activitatea în cabinetele medicale ale unităților penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află persoana, aceasta fiind înscrisă, în această perioadă, pe lista respectivului medic;
- f) situațiile generate de specificul activității personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești care se deplasează în interes de serviciu; procedura și modalitatea de efectuare a schimbării medicului de familie se stabilesc prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale;
- g) medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu/muncă/colaborare cu furnizorii de servicii medicale din cadrul sistemului apărării, ordinii publice,

siguranței naționale și autorității judecătorești; la cererea furnizorului de servicii medicale unde medicul și-a desfășurat activitatea medicală, persoanele înscrise pe lista medicului sunt transferate, fără a fi necesară utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate, pe lista unui alt medic de familie desemnat de furnizor, urmând ca ulterior persoanele transferate să își exprime opțiunea de a rămâne sau nu pe lista acestuia înaintea expirării termenului de 6 luni.

(2) Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele asigurate, respectiv pe baza cererii de înscriere prin transfer pentru persoanele neasigurate, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copiii de 0 - 18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer.

ART. 13

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

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

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

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

ART. 14

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

(2) Dacă la sfârșitul celor 6 luni medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul urban nu a înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listă stabilit potrivit [art. 2](#) alin. (4), casa de asigurări de

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

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

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

(5) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condițiile [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare și ale prevederilor [Ordinului](#) ministrului sănătății publice nr. 1322/2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor și metodologiei de preluare a activității unui praxis existent, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și deținătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.

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

(7) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în

condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de comisia constituită potrivit [art. 2](#) alin. (1).

(8) Preluarea unui praxis în alte condiții decât cele prevăzute la alin. (6) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă această preluare are ca rezultat înființarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condițiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.

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

SECȚIUNEA a 6-a

Decontarea serviciilor medicale

ART. 15

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

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

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

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul persoanelor asigurate înscrise pe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor [art. 196](#) alin. (4);
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;
4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la punctele 1 - 3.
5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1 - 4, care se repartizează astfel:
 - a) 35% pentru plata per capita;
 - b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

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

1. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;
3. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare pentru semestrul II al anului 2023 și sumele prevăzute la pct. 1 și 2, care se repartizează astfel:
 - a) 35% pentru plata per capita;
 - b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

(8) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor [art. 196](#) alin. (4);
2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;
3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;
4. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferența între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1 - 3, care se repartizează astfel:
 - a) 35% pentru plata per capita;
 - b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

ART. 16

(1) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența distinctă a serviciilor medicale cuprinse în pachetul minimal acordat persoanelor neasigurate la nivelul asistenței medicale primare.

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

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

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

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

- a) suma convenită pentru serviciile medicale diagnostice și terapeutice conform curriculei de pregătire a medicului de familie acordate persoanelor neasigurate se stabilește în raport cu numărul de puncte corespunzător serviciilor medicale diagnostice și terapeutice efectuate și cu valoarea garantată a unui punct pe

serviciu medical diagnostic și terapeutic. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical diagnostic și terapeutic este prevăzut în norme;

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

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

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

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

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

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

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

(10) Medicii nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială care încheie convenție de furnizare de servicii medicale potrivit [art. 14](#) alin. (1) și pentru care plata activității desfășurate se face potrivit prevederilor [art. 17](#) au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii acordate persoanelor neasigurate, evidențe care se raportează

electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate cu care au încheiat convenție, lunar, odată cu raportarea activității desfășurate conform convenției.

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

ART. 17

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

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

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

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

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

ART. 18

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea garantată

pentru un punct pe serviciu. Regularizarea trimestrială se realizează până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului, conform normelor.

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

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

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 7-a

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

ART. 19

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

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

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

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la [art. 7](#) lit. a), c), e) - h), j), k), l) - n), p) - u), y) și z), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului, precum și de investigații paraclinice, care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la [art. 7](#) lit. s), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit [art. 17](#) în cazul medicilor nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și de alte organe competente că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit [art.](#)

17 în cazul medicilor nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. i) și o), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 17 în cazul medicilor nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. v), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzută la art. 7 lit. v) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit

legii, în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

ART. 20

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

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 6](#) alin. (1) lit. b) - e) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină

imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

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

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale și suma corespunzătoare plății per capita.

ART. 21

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

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

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

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

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

e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și

casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

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

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

h) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 10](#) alin. (2);

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

ART. 22

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 20](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;

CAPITOLUL II

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 23

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

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 25](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, în termenele stabilite pentru contractare.

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

a) medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor de sănătate conexe actului medical;

b) pentru acupunctură, de către medici care au obținut supraspecializare/competență/atestat de studii complementare de acupunctură, certificați de Ministerul Sănătății, care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare;

c) pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu de către:

1. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de către medici de specialitate medicină de familie care au obținut supraspecializare/competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialității, cât și a competenței;

2. medici de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie care au obținut supraspecializare/competență/atestat de studii

complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare.

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

a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate potrivit prevederilor [Legii](#) societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, organizat potrivit prevederilor [Ordinului](#) ministrului sănătății publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

e) unități sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;

f) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică;

g) cabinete de îngrijiri paliative organizate conform dispozițiilor legale în vigoare;

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

ART. 24

(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice, inclusiv cu medici cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative confirmate prin ordin al ministrului sănătății, respectiv atestat/competență. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate și poate acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical

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

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

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

(4) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. Comisia stabilește numărul necesar de medici și numărul necesar de norme. Pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau

mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitățile clinice, respectiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se ajustează în mod corespunzător. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, reprezentanți ai organizațiilor patronale și sindicale și ai societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu reprezentative la nivel județean, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local.

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

(6) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relație contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, raportează serviciile conexe efectuate de aceștia prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective. Serviciile publice de sănătate conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate potrivit prevederilor [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#), cu modificările și completările ulterioare și, după caz, organizate potrivit prevederilor [Legii nr. 213/2004](#) privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor [Legii nr. 229/2016](#) privind organizarea și exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum și pentru înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Fizioterapeuților din România, cu modificările ulterioare, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

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

a) au organizat atât ambulatoriul de specialitate clinic, cât și structura de spitalizare de zi în aceeași specialitate pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu; această condiție este obligatorie pentru toți furnizorii care contractează acest tip de servicii;

b) au încheiat contract cu laboratoarele de referință stabilite prin [Ordinul ministrului sănătății nr. 964/2022](#) privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică, cu modificările și completările ulterioare sau, după caz, au în structura proprie laborator de investigații medicale paraclinice, în condițiile prevăzute în norme;

c) furnizorul are în structură maternitate aprobată prin [Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1881/2006](#) privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 25

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

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

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

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

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

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

- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția cabinetelor medicale individuale și societăților cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;
- f) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
- g) programul de activitate al cabinetului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz, conform modelului prevăzut în norme;
- h) actul doveditor privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de îngrijiri paliative în ambulatoriu și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă și calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#), aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#), cu modificările și completările ulterioare și, după caz, potrivit prevederilor [Legii nr. 213/2004](#), cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor [Legii nr. 229/2016](#), cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, potrivit prevederilor [Legii nr. 213/2004](#), cu modificările ulterioare; pentru fizioterapeuți, se va solicita și autorizație de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor [Legii nr. 229/2016](#), cu modificările ulterioare și documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz;
- i) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- j) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicală/moașa care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

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

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

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

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

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 26

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

a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la:

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

2. pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată, respectiv cu tarifele

corespunzătoare aferente serviciilor de acupunctură/serviciilor medicale diagnostice - caz; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

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

c) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestora și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicul medicul cu supraspecializare/atestat/competență de îngrijiri paliative eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform [normelor](#) metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin [Ordinul](#)

ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare.

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

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

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

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

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste

condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

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

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

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

n) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare familială, precum și a serviciilor medicale diagnostice-caz. Lista cuprinzând afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

o) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru alte specialități clinice, a biletului de trimitere pentru internare, a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale și se utilizează numai de către medicii care desfășoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme;

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

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

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

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

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

t) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de

sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) și (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

u) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

v) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

w) să respecte prevederile [art. 159](#), cu privire la inițierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

x) să finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligații conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației;

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

ART. 27

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

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

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

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

d) pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de

asigurări de sănătate iar consultația respectivă nu este raportată în vederea decontării de casa de asigurări de sănătate în condițiile [art. 35](#) alin. (3) și (4);

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

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 28

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, precum și lista furnizorilor de servicii medicale ce sunt în relații contractuale cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical și să actualizeze permanent aceste liste în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora;

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

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

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

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu

privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015](#) pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice din mediul rural și din mediul urban - pentru orașele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

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

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

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

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

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

m) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice, de acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu acordate de medici conform specialității clinice și supraspecializării/competenței/atestatului de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătății și care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condițiile prevăzute în norme;

n) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical și tarif pe serviciu medical consultație/caz, în condițiile stabilite prin norme;

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

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

q) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor [art. 159](#).

SECȚIUNEA a 5-a

Condiții specifice

ART. 29

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

(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează

contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

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

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

(4) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competență atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

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

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

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

ART. 30

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

ART. 31

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

ART. 32

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

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

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

SECȚIUNEA a 6-a

Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate

ART. 33

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

ART. 34

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

a) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor și de valoarea garantată a punctului, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Valoarea garantată a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, fiind stabilită în norme;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e) medicii care acordă asistență medicală din direcțiile generale de asistență socială și protecția copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială în condițiile legii și numai în condițiile în care aceștia nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie;

f) medicii care acordă asistență medicală din alte instituții de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

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

h) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

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

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

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

(5) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate către un alt medic de specialitate din ambulatoriu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere, numai în situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care eliberează biletul de trimitere respectiv.

ART. 35

(1) Pentru stabilirea valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național, se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor [art. 196](#) alin. (4).

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

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

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

ART. 36

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

SECȚIUNEA a 7-a

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

ART. 37

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

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care sau produs aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la [art. 26](#) lit. a), c), d), g), i), j) - l), o) - s), u) și v), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

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

ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii.

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct pe serviciu, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situații sau se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz pentru luna în care s-au produs aceste situații.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la [art. 26](#) lit. ș), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzută la [art. 26](#) lit. ș) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

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

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

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

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) și (8) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

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

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

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

(11) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5), (7) și (8) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 38

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

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 25](#) alin. (1) lit. b) - e)

cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

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

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

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură și pentru serviciile prevăzute la [art. 29](#) alin. (6) se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile medicale.

ART. 39

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

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

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

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

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

ART. 40

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 38](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

CAPITOLUL III

Asistența medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 41

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

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

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

(2) Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare se asigură cu personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, și se acordă prin:

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

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

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

d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești.

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

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 42

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

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

b) 1. dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundar(e), după caz - pentru furnizorii care au această obligație potrivit prevederilor [art. 253](#) din [Legea nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și

completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a

reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

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

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 43

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu au următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

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

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

c) să țină evidența serviciilor de medicină fizică și de reabilitare, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata serviciului, prin completarea unei fișe de tratament întocmită conform recomandărilor din planul eliberat de medicul de specialitate de medicină fizică și de reabilitare;

d) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, să acorde asiguraților serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric

personal, prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și prevederile ulterioare;

i) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

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

l) să acorde servicii de medicină fizică și de reabilitare asiguraților numai pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme; să nu acorde servicii de asistență medicală de

medicină fizică și de reabilitare asiguraților în baza unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare cu mai mult de 4 proceduri recomandate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare acordă servicii medicale în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;

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

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

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

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

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

ART. 44

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

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

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

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 45

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

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

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

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin

intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

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

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

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

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

k) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu au în dotare aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

l) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe zi de tratament, în condițiile stabilite prin norme;

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

n) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare contravaloarea serviciilor medicale

acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

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

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

SECȚIUNEA a 5-a

Condiții specifice

ART. 46

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

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

ART. 47

Serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se acordă în condițiile prevăzute în norme.

ART. 48

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

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

SECȚIUNEA a 6-a

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

ART. 49

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

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

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

ART. 50

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

ART. 51

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

(2) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(3) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la [art. 225](#) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

SECȚIUNEA a 7-a

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

ART. 52

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

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

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au produs aceste situații, pentru fiecare dintre aceste situații.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la [art. 43](#) lit. a), c), d), g), i), j), m) și p) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se va diminua cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se va diminua cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 43](#) lit. f), h) și k) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

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

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7), se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în

temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 53

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 42](#) alin. (1) lit. b) - e), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;

b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului; imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că autorizația de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuților din România/certificat de membru OAMGMAMR nu este avizată/avizat pe perioada cât personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

f) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. f) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

ART. 54

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a personalului medico-sanitar, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind

sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a fizioterapeutului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive;

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

ART. 55

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 53](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

CAPITOLUL IV

Asistența medicală dentară

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 56

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

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 58](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, în termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală dentară se asigură de medici dentiști/medici stomatologi și dentiști, împreună cu alt personal, de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, și se acordă prin:

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

b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor [Legii](#) societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii;

d) ambulatoriul de specialitate și ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

e) centre de sănătate multifuncționale, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv cele aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

f) centre de diagnostic și tratament și centre medicale - unități medicale cu personalitate juridică.

ART. 57

(1) Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de

asigurări de sănătate limitrofă ori cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., după caz, în condițiile stabilite prin norme.

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 58

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

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

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

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

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

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

- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cărții de identitate, după caz;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția cabinetelor medicale individuale și societăților cu răspundere limitată, cu un singur medic angajat;
- f) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;
- g) programul de activitate al cabinetului/punctului/punctelor de lucru secundare, conform modelului prevăzut în norme;
- h) certificat de membru al CMSR, pentru fiecare medic stomatolog/dentist care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.
- (2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.
- (3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.
- (4) Medicii stomatologi, pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor

ART. 59

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

a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la:

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

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

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

c) să asigure utilizarea:

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

2. formularului de scrisoare medicală; medicul stomatolog/dentistul eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform [normelor](#) metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) să asigure acordarea asistenței medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau

procedurile internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

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

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

m) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

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

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

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

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

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

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

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

nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

t) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

ART. 60

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele drepturi:

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

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

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

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 61

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

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

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

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

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2) furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control

din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

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

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

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

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

k) să contracteze și să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară, radiografie panoramică și tomografie dentară CBCT), numai dacă medicii stomatologi au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

l) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin norme.

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

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

SECȚIUNEA a 5-a Condiții specifice

ART. 62

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

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

ART. 63

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

ART. 64

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

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

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

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

ART. 65

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu:

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

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

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

SECȚIUNEA a 6-a

Contractarea și decontarea serviciilor medicale de medicină dentară

ART. 66

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

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

SECȚIUNEA a 7-a

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

ART. 67

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

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la [art. 59](#) lit. a), c), d), g), i), l), n), o), q), ș) și t), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice - radiografii dentare care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 59](#) lit. f), h) și m), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la [art. 59](#) lit. p), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la [art. 59](#) lit. p) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor, care va verifica și, după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii, în temeiul unui titlu executoriu.

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

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 68

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

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 58](#) alin. (1) lit. b) - e), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor stomatologi de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncționale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate și care se află în această situație;

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

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de medicină dentară.

ART. 69

Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului;

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

f) la a doua constatare, în urma controlului efectuat, a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

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

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

ART. 70

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

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

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al CMSR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 68](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.

CAPITOLUL V

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 71

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

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) sunt evaluați potrivit dispozițiilor [art. 253](#) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale;

c) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare - pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Legii nr. 185/2017](#), cu modificările și completările ulterioare, și, respectiv, sunt acreditați pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 73](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol în termenele stabilite pentru contractare.

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

a) laboratoare de investigații medicale paraclinice organizate potrivit prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) unități medico-sanitare cu personalitate juridică înființate conform [Legii societăților nr. 31/1990](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) unități sanitare ambulatorii de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;

d) laboratoarele din centrele de sănătate multifuncționale, fără personalitate juridică, și laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;

e) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică.

ART. 72

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

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

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

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

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

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

(7) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura lor, cu excepția laboratoarelor de anatomie patologică/laboratoarelor de anatomie patologică organizate ca puncte de lucru din structura lor, pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară/laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară organizat ca punct de lucru din structura lor. În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

(8) Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la [art. 71](#) alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la alin. (10).

Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat potrivit prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga

activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii. Prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic integrat, astfel cum este prevăzut la [art. 165](#) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 73

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

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

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

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

2. dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, pentru furnizorii

care au această obligație potrivit prevederilor [art. 249](#) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Legii nr. 185/2017](#), cu modificările și completările ulterioare, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

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

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

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

f) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecție conform condițiilor stabilite prin norme;

g) buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, emis de Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, denumită în continuare ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz;

h) avizul de utilizare, emis de ANMDMR, pentru aparatura second-hand din dotare;

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

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

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

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

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

n) lista asumată prin semnătură electronică cu punctele externe de recoltare/punctele mobile de recoltare care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și autorizația sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare/punct de recoltare mobil din

structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

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

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

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

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

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

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu

perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor

ART. 74

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

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

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

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

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

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

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua

în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru situațiile care se încadrează la [cap. II](#) lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la [cap. II](#) lit. B pct. 1 subpct. 1.2. din [anexa 1](#) la prezenta hotărâre, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

i) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigației;

j) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice; transmiterea rezultatelor se poate face prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului;

k) să respecte prevederile [Ordinului](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri

de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în ceea ce privește programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;

l) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a încheiat contract cu casa de asigurări de sănătate;

m) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu.

Furnizorul efectuează investigații paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care l-a eliberat;

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

o) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro și au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o

evidență de gestiune cantitativ-valorică lunară corectă și actualizată pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

p) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator, conform specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului SR EN ISO 15189;

q) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, pe toată perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pentru minimum 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice din norme.

În termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în norme, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

r) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală, cât și în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fișe de evidență reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care să reiasă tipul-denumirea, cantitatea, număr lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizați(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

s) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic/analize medico-farmaceutice de laborator, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat și prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă; să asigure prezența unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat și prevăzut în contract, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi, respectiv 6 ore;

ș) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis de ANMDMR, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în norme;

t) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;

ț) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului și în condițiile prevăzute în norme, pentru asigurarea cărora le-au furnizat aceste servicii;

u) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de

sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizați conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#), aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#), cu modificările și completările ulterioare;

v) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

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

x) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;

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

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

aa) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal și patologic, care să dovedească efectuarea și validarea acestuia în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul

contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;

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

ac) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ART. 75

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

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

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 76

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

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc condițiile de eligibilitate și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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

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

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau

protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

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

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

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

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

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate din specialitățile clinice care au încheiate acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;

l) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin norme;

m) să deconteze investigațiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relație contractuală, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

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

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

p) să aducă la cunoștința casei de asigurări de sănătate cu care medicul care a făcut recomandarea pentru investigații medicale paraclinice se află în relație contractuală situațiile în care nu au fost respectate prevederile legale în vigoare referitoare la recomandarea de investigații medicale paraclinice, în vederea aplicării sancțiunilor prevăzute de prezentul contract-cadru, după caz;

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

SECȚIUNEA a 5-a

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

ART. 77

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

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

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

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

(5) Pentru analizele medicale de laborator, recomandate de medicii de familie persoanelor cu vârsta de peste 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază precum și pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice.

Pentru serviciile medicale paraclinice menționate, furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activității în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 78

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

a) medicii de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

b) medicii de specialitate din unitățile ambulatorii, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale, și autorității judecătorești aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;

d) medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești, numai pentru elevi, respectiv studenți, medicii dentiști/medicii stomatologi și dentiștii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară, panoramică și tomografie dentară CBCT;

e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. d) și e), casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii respectivi, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia pentru investigații medicale paraclinice. Medicii prevăzuți la lit. d) și e) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenție cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, cu excepția dentiștilor/medicilor dentiști/medicilor stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenție cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. pentru investigații paraclinice de radiologie dentară.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul.

ART. 79

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

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

ART. 80

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

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la [art. 74](#) lit. a), c), f), g), h), j), k), l), n) - p), v), w), ac) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și alte organe competente constată nerespectarea obligației prevăzute la [art. 74](#) lit. m) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidențelor proprii, se aplică drept sancțiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații și se recuperează contravaloarea acestor servicii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 74](#) lit. e), i) și y) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(5) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(10) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4), (6) și (7) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

ART. 81

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

a) încetarea valabilității sau revocarea/retragerea/anularea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 73](#) alin. (1) lit. b) - e), k) și l) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării acestora - pentru documentele prevăzute la [art. 73](#) alin. (1) lit. b) - e), respectiv pentru o perioadă de maximum 90 de zile pentru documentele prevăzute la [art. 73](#) alin. (1) lit. k) și l);

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

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă de maximum 90 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual până la încetarea suspendării acestei calități/exercițiu al profesiei; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație;

e) în situația în care casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor;

f) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/membru OBBCSSR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu

casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

g) la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare, aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(4) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - f), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează investigații medicale paraclinice efectuate în punctul/punctele de lucru pentru care operează suspendarea.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. g) pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost epuizată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

ART. 82

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului;

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

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepția situațiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 80](#) alin. (1) - (4). Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancțiunilor prevăzute la [art. 80](#) alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la [art. 80](#) alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la [art. 74](#) lit. s). Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 72](#) alin. (8) și a celor prevăzute la [art. 74](#) lit. q), ș) - u);

j) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menționate la [art. 74](#) lit. r);

k) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, situațiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g) și k) pentru nerespectarea prevederilor de la [art. 74](#) lit. e) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

ART. 83

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

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

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

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

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

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

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al CMR;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile [art. 81](#) alin. (1) lit. a) - cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscrisoare în procesul de acreditare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate

și pentru care au încheiat contract cu aceasta, situațiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

CAPITOLUL VI

Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească

ART. 84

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

- a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- b) sunt acreditați sau sunt înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și celor ale [Legii nr. 185/2017](#) privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 86](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Spitalele au obligația să îndeplinească condițiile de desfășurare a activității în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialității secției/compartimentului, și cu privire la dotările necesare pentru funcționare, pentru secțiile/compartimentele pentru care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, pe toata durata contractului.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi cu unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, numai dacă acestea asigură un program de minimum 5 zile pe săptămână și asigură prezența a cel puțin un medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialități medicale și/sau de minimum 7 ore/zi în specialități chirurgicale, după caz.

ART. 85

Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-

cadru asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de boli cronice și penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate care tratează cazuri acute încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 86

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unitățile sanitare cu paturi și casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- f) lista medicamentelor - denumiri comune internaționale, denumite în continuare DCI, și formă farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării pentru afecțiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităților din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienților internați și monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului - prezentată de fiecare furnizor în format electronic; lista va fi publicată de unitățile sanitare cu paturi și pe pagina web proprie;

g) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;

h) indicatorii specifici stabiliți prin norme;

i) declarația pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

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

k) copie de pe ordinul ministrului sănătății privind clasificarea spitalului, după caz;

l) documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu o linie/două linii de gardă, conform [art. 85](#);

m) declarație pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la [art. 87](#) alin. (2); medicii prevăzuți la [art. 87](#) alin. (2) vor da o declarație pe proprie răspundere cu privire la unitățile sanitare în care își desfășoară activitatea și programul de lucru aferent pentru fiecare unitate sanitară, cu obligația respectării prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004](#) pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.

n) decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguraților, a cheltuielilor efectuate pe perioada internării în situațiile prevăzute la [art. 99](#);

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

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

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția

documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii pentru a desfășura activitate în baza unui contract încheiat de un furnizor de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

SECȚIUNEA a 3-a Condiții specifice

ART. 87

(1) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență. Spitalele din rețeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

(2) Fiecare medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, situație în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a maximum trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, în condiții de siguranță și calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea prevederilor referitoare la timpul de muncă și timpul de odihnă din [Legea nr. 53/2003](#) - Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, se face de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor,

pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, și un reprezentant al autorităților administrației publice locale.

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

ART. 88

În unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești și decontate prin tarif pe serviciu medical și/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme și în condițiile prevăzute în norme.

ART. 89

(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, după caz, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) următoarele situații:

a) pentru spitalizare continuă:

a.1) naștere;

a.2) urgențe medico-chirurgicale;

a.3) boli cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament;

a.4) bolnavi aflați sub incidența [art. 109, 110, 124 și 125](#) din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

a.5) pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani;

a.6) cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

a.7) transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire;

a.8) transferul interspitalicesc;

a.9) pacienții care au scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pentru internare;

a.10) pacienții cu hemofilie aflați în programul național de hemofilie;

a.11) pacienți cu diagnostic oncologic confirmat aflați în Programul național de oncologie;

b) pentru spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de:

b.1) urgență medico-chirurgicală;

b.2) chimioterapie;

b.3) radioterapie;

b.4) monitorizare și administrare tratament afecțiuni care necesită administrare de medicamente corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, cu administrare parenterală sub supraveghere specială; tariful nu cuprinde medicamentele specifice corespunzătoare DCI-urilor notate cu (**) 1 , (**) 1β și (**) 1Ω , prevăzute în [Hotărârea Guvernului nr. 720/2008](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b.5) monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA;

b.6) evaluare dinamică a răspunsului viroimunologic;

b.7) monitorizare și tratament ale bolnavilor cu talasemie;

b.8) monitorizare a bolnavilor oncologici;

b.9) administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei;

b.10) monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor;

b.11) rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

b.12) pacienții care au scrisoare medicală la externare cu indicație de revenire pentru internare;

b.13) pacienții cu hemofilie aflați în programul național de hemofilie;

b.14) servicii medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contractează și în ambulatoriul de specialitate clinic.

(3) Pacienții care prezintă un bilet de internare vor putea fi programați pentru internare, în funcție de afecțiune și de gravitatea semnelor și simptomelor prezentate și de disponibilitatea serviciilor unității spitalicești solicitate.

ART. 90

(1) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea totală contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabilește pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit în continuare ICM, și a tarifului pe caz ponderat, denumit în continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului și TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitalicești este prevăzută în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este prevăzut în norme;

b) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

c) suma aferentă programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului

național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul programelor naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice;

f) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, în condițiile stabilite prin norme, finanțate din fondul alocat asistenței medicale paraclinice;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat;

h) sume pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

i) sume pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin prezentul contract-cadru și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu.

j) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tarifele pe serviciu sunt prevăzute în norme; suma contractată se regăsește în contractul încheiat pentru serviciile medicale acordate în ambulatoriul clinic;

k) suma corespunzătoare alocației de hrană acordată în condițiile [art. 229](#) alin. (5) și [art. 232](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin

ordin al ministrului sănătății, care face obiectul unui act adițional la contract pentru unitățile sanitare publice. Pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitalicești în unitățile sanitare publice, cuantumul alocației de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt contractate distinct și decontate prin tarif pe serviciu medical.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat (DRG)/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități (non DRG) aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.

(5) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. e), f) și i) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistență medicală, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

(6) Casele de asigurări de sănătate încheie un act adițional cu unitățile sanitare publice, aflate în relație contractuală cu acestea pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, care are ca obiect decontarea unei sume lunare corespunzătoare alocației de hrană acordate potrivit prevederilor [art. 229](#) alin. (5) și ale [art. 232](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății.

(7) Modelul de act adițional prevăzut la alin. (6), obligațiile părților contractante, documentele justificative în baza cărora se decontează suma corespunzătoare alocației de hrană sunt reglementate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(8) Suma lunară corespunzătoare alocației de hrană ce urmează să fie decontată de către casele de asigurări de sănătate este aferentă cazurilor internate în regim de spitalizare continuă în unitățile sanitare publice, pentru care serviciile medicale spitalicești sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate; suma lunară corespunzătoare alocației de hrană ce urmează să fie decontată se stabilește prin raportare la numărul de zile de spitalizare aferente cazurilor internate în regim de spitalizare continuă.

(9) Actul adițional prevăzut la alin. (6) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie a anului în care se încheie.

(10) Durata actului adițional prevăzut la alin. (6) se poate prelungi pe toată durata derulării contractului încheiat de unitățile sanitare publice cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, prin încheierea unui act adițional semnat de ambele părți.

ART. 91

La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs. Diferența de 5% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme.

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile și drepturile spitalelor

ART. 92

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

a) să informeze persoanele asigurate și neasigurate cu privire la:

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

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

3. contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți

finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;

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

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

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

e) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program

asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

h) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

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

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

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

l) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unitățile sanitare ambulatorii sau cu paturi de recuperare, medicină fizică și de reabilitare și prescripția medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

m) să funcționeze cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului și să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

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

o) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu care a recomandat internarea, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigațiile, tratamentele efectuate, conduita terapeutică recomandată și cu privire la alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în [Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018](#), cu modificările și completările ulterioare; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuție personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG de

către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum și toate celelalte servicii medicale și/sau nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ și externarea acestuia, însoțit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

p) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz.

q) să transmită instituțiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

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

s) să raporteze corect și complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare și să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului și al Ministerului Sănătății;

ș) să monitorizeze gradul de satisfacție al asiguraților prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraților conform unui chestionar standard, prevăzut în norme;

t) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală;

ț) să afișeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătății, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al ministrului finanțelor publice, situația privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public și situația arieratelor înregistrate;

u) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terții, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;

v) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienților din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depășită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienți pe baza unui contract încheiat cu unități specializate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achizițiile publice;

w) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienții internați sau transferați care reprezintă urgențe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgență prespitalicesc;

x) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin

semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

z) să asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de internare/bilet de trimitere pentru specialități clinice - către unitățile sanitare de recuperare, medicină fizică și de reabilitare cu paturi sau ambulatorii - conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucțiunilor privind modul de utilizare și completare a acestora;

2. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare;

3. formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului.

Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți

finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în devizul estimativ pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia.

4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum și formularului de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme;

aa) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

ab) să elibereze, pentru asigurații internați cu boli cronice confirmate, care sunt în tratament cu medicamente pentru boala/bolile cronice, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o transmite spitalul la contractare și/sau cu medicamente și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în norme; documentul stă la baza eliberării prescripției medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie și medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital;

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

ad) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuție personală și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a),

e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ae) să elibereze, dacă situația o impune, la externarea asiguratului, prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu, conform prevederilor legale în vigoare, dacă se recomandă un tratament în ambulatoriu, conform scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital, pentru o perioadă de maximum 90/91/92 de zile; nerespectarea acestei obligații conduce la recuperarea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;

af) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic, cu excepția situațiilor în care pacientului spitalizat i s-au prescris la externare medicamente în baza consultațiilor interdisciplinare evidențiate în documentele medicale primare;

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

ah) să elibereze devizul estimativ asiguratului, în cazul spitalelor private, pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, conform modelului prevăzut în norme;

Devizul estimativ este valabil 5 zile lucrătoare de la comunicarea acestuia către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

În situațiile identificate în strânsă legătură cu evoluția clinică a cazului respectiv, furnizorul privat de servicii medicale va actualiza devizul estimativ numai cu consimțământul exprimat în scris de către asigurat sau reprezentantul legal al acestuia.

(2) În situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgență necesare, având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgență. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta. Spitalul are obligația de a anunța casa de asigurări de

sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienți, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgență. În această situație, casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condițiile stabilite prin norme.

(3) Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se raportează distinct la casele de asigurări de sănătate și se decontează de către acestea la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.

(4) Ministerul Sănătății analizează trimestrial execuția bugetului de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice cu paturi, în vederea luării măsurilor ce se impun, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 93

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au următoarele drepturi:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate și validate, în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

d) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;

e) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora.

Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării;

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

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

(2) Furnizorii privați pot să încaseze contribuție personală pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, în secțiile de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, plătită în mod direct de către asigurat sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări, cu consimțământul asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia, exprimat în scris, conform modelului prevăzut în norme.

SECȚIUNEA a 5-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 94

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

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

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

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

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

e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2), furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin poșta

electronică la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vigoare;

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

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

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

j) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor însoțitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitalicești; în cazul serviciilor medicale spitalicești acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

l) să monitorizeze activitatea desfășurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externe și raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform normelor;

m) să verifice prin acțiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum și respectarea protocoalelor de practică medicală;

n) să monitorizeze internările de urgență, în funcție de tipul de internare, așa cum este definit prin [Ordinul](#) ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, cu modificările și completările ulterioare, cu evidențierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgențe din cadrul spitalului;

o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă și prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform normelor;

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asigurați pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă și de zi;

q) să publice pe pagina web proprie sumele prevăzute la [art. 91](#) și să le contracteze cu spitalele în conformitate cu prevederile aceluiași articol;

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

s) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor [art. 159](#);

ș) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial pe fiecare tip de servicii medicale spitalicești, fiecărui furnizor de servicii medicale spitalicești cu care se află în relații contractuale.

SECȚIUNEA a 6-a

Decontarea serviciilor medicale spitalicești

ART. 95

(1) Modalitățile de plată a serviciilor medicale spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme și pot fi, după caz:

a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat, pe specialități, stabilit în condițiile prevăzute la [art. 90](#) alin. (2) lit. a);

b) tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici, stabiliți prin norme, pentru spitalele/secțiile la care nu se aplică prevederile lit. a), inclusiv pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la [art. 90](#) alin. (2) lit. b), respectiv lit. h);

c) tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate în regim de spitalizare de zi, prevăzute în actele normative în vigoare.

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

a) sume aferente programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) sume pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul programelor naționale cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme;

d) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, în condițiile stabilite prin norme;

e) sume pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin prezentul contract-cadru și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu.

f) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz, efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile stabilite prin norme.

g) suma corespunzătoare alocației de hrană acordată în condițiile [art. 229](#) alin. (5) și [art. 232](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății, care face obiectul unui act adițional la contract pentru unitățile sanitare publice. Pentru pacienții internați în regim de spitalizare continuă, pentru care se acordă servicii medicale spitalicești în unitățile sanitare publice, cuantumul alocației de hrană nu este inclus în plata acestor servicii.

ART. 96

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform normelor, în următoarele condiții:

a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat - DRG sau de tarif mediu pe caz rezolvat, pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este prevăzut în norme;

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății.

Numărul de cazuri externate și raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

c) suma aferentă programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic se decontează conform prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 423/2022](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și

completările ulterioare și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, se decontează conform prevederilor [Hotărârii Guvernului nr. 423/2022](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, reglementate la [capitolul V](#), în limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, se face în funcție de numărul de cazuri/servicii raportate și validate în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme. Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

h) suma pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme. Numărul de cazuri externate și raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

i) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condițiile stabilite prin prezentul contract-cadru și prin norme, finanțate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

j) sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic - caz, efectuate în ambulatoriul clinic, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz, exprimat în lei, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile stabilite prin norme.

k) suma corespunzătoare alocației de hrană acordată în condițiile [art. 229](#) alin. (5) și [art. 232](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în cuantumul stabilit prin ordin al ministrului sănătății, care face obiectul unui act adițional la contract pentru unitățile sanitare publice.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un

interval de 48 de ore de la internare, se realizează la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, cu excepția situațiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

ART. 97

(1) Prin excepție de la prevederile [art. 94](#) lit. b) și j) și [art. 96](#) alin. (1) lit. b), pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la [art. 109](#) și [110](#) din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, la nivelul realizat.

(2) În situația în care serviciile medicale acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la [art. 109](#) și [110](#) din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, depășesc nivelul contractat de furnizorii de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sănătate, se vor încheia acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, în limita sumelor alocate cu această destinație în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate.

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (2), Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ținând cont de solicitările fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial.

(4) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la [art. 109](#) și [110](#) din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, se efectuează potrivit prevederilor alin. (1) - (3); trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme.

ART. 98

Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor [art. 96](#) și, după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, cu excepția sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, acoperite prin programele naționale cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:

a) investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați, efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară ori aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, în condițiile stabilite prin norme;

b) consultații interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective;

c) transport interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară ori la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătății din fondul alocat serviciilor de ambulanță;

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

ART. 99

(1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi și, după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare, materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la [art. 98](#) lit. a) - c), cu excepția:

a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;

b) dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spitalele publice, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor publice și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducătorului instituției.

(4) Unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătății sunt obligate să suporte pentru

asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare -, materiale sanitare și investigații paraclinice, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate. Această prevedere se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi.

ART. 100

(1) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:

a) pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările bolnavilor aflați sub incidența [art. 109, 110, 124 și 125](#) din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești de lungă durată - ani - și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico-chirurgicală, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

c) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei, iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(2) Furnizorii publici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în afara celor prevăzute la alin. (1) și (4).

(3) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la [art. 225](#) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

(4) Spitalele încasează de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare și/sau masă - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard acordate la

cererea acestora, în condițiile stabilite prin norme. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.

ART. 101

(1) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG pot încasa din partea asiguratului sumele prevăzute la [art. 100](#) alin. (1) și (4).

(2) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale și nemedicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora.

(3) Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului.

Devizul estimativ cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiții hoteliere standard:

a.1) suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a.2) contribuția personală a asiguratului calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului și suma prevăzută la litera a.1;

b) costurile serviciilor suplimentare estimate:

b.1) medicale - servicii medicale suplimentare, nenecesare pentru rezolvarea cazului;

b.2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard.

Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării asiguratului în funcție de evoluția clinică, cu consimțământul acestuia sau al reprezentantului legal.

Modelul devizului estimativ este prevăzut în norme.

(4) Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG, prevăzută la alin. (3), este afișată pe pagina de internet a furnizorilor privați de servicii medicale și la sediu, într-un loc vizibil.

(5) Contribuția personală a asiguratului se plătește de către asigurat în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări. Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului. Valoarea relativă a cazului și tariful pe caz ponderat propriu spitalului sunt prevăzute în normele metodologice de aplicare a prezentei hotărâri.

(6) Decontul eliberat la externare cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiții hoteliere standard:

a.1) suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a.2) contribuția personală a asiguratului, calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului și suma prevăzută la litera a.1);

b) costurile serviciilor suplimentare furnizate:

b.1) medicale - servicii medicale suplimentare, necesare pentru rezolvarea cazului;

b.2) nemedicale - servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard.

(7) Formularul de consimțământ al asiguratului sau al reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului va include toate elementele devizului estimativ, inclusiv serviciile suplimentare și/sau la cerere, precum și tarifele serviciilor care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare.

ART. 102

(1) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri, cu condiția ca unitățile nou-înființate să aibă același regim juridic de proprietate cu cele preluate.

(2) În cazul reorganizării unei unități sanitare cu paturi, indiferent de forma de organizare a acestora, prin desprinderea unor structuri și înființarea unei noi unități

sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, care preia structurile desprinse, contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate și aflat în derulare se modifică în mod corespunzător pentru activitatea din structurile care se desprind din contract. Noua unitate sanitară cu paturi înființată încheie contract cu casa de asigurări de sănătate corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente structurii aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, în limita sumelor diminuate din contractul unității sanitare cu paturi din cadrul căreia au fost desprinse respectivele structuri, cu condiția ca unitatea nou-înființată să aibă același regim juridic de proprietate cu unitatea sanitară cu paturi din cadrul căreia au fost desprinse respectivele structuri.

SECȚIUNEA a 7-a

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

ART. 103

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la [art. 92](#) alin. (1) lit. d), f) - i), j) - l), m), n) - r), ș), t), z), aa), ab) și ah), precum și a obligației prevăzută la [art. 100](#) alin. (2), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după

caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(2) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la [art. 92](#) alin. (1) lit. s) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 1% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective;

b) recuperarea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 2% la valoarea totală de contract aferentă lunii respective, suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a);

c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru raportarea de medicamente expirate în trimestrul respectiv, trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respectiv(e), la nivelul raportării trimestriale. Prin raportare incorectă față de documentele de intrare și ieșire pentru medicamentele eliberate și raportate se înțelege: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, raportarea unui medicament din donații, sponsorizări sau alte surse de finanțare decât FNUASS sau bugetul Ministerului Sănătății, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată. În situația în care se constată neconcordanțe între cantitatea de medicamente intrată în gestiunea cantitativ valorică, cea consumată și cea raportată în SIUI se consideră raportare incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente.

(3) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la [art. 92](#) alin. (1) lit. x), ad) și af) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale

paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la [art. 92](#) alin. (1) lit. y), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic. Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzute la [art. 92](#) alin. (1) lit. y) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și, după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

(5) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la [art. 92](#) alin. (1) lit. a), e), ț), u), v) și w) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua și la următoarele constatări, se diminuează cu 0,1% valoarea totală de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

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

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum

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

(9) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, respectiv autoritățile administrației publice locale, în funcție de subordonare, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (2).

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

(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5) și (7), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe furnizor.

ART. 104

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate sau revocarea de către autoritățile competente a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrisorii în procesul de acreditare cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a

documentului similar, respectiv a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

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

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR nu este avizat pe perioada cât medicul figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează prin suspendarea din contract a medicului aflat în această situație.

(2) În situațiile prevăzute la alin. (1) lit. b) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. a), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale pentru secția/secțiile care nu îndeplinește/nu îndeplinesc condițiile de contractare. În situația în care toate secțiile spitalului nu îndeplinesc condițiile de contractare, suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității, iar valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

ART. 105

Contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

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

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

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

b) acordul de voință al părților;

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

CAPITOLUL VII

Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 106

În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile specializate private trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) sunt autorizate conform prevederilor legale în vigoare;
- b) sunt acreditate sau înscrise în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Legii nr. 185/2017](#) privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 107](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare;
- d) au implementat sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS și de stocare a informațiilor.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului

ART. 107

(1) Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- f) lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate angajat care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al

acestui, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

g) lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenție din dotare;

h) autorizația de funcționare emisă de direcția de sănătate publică, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

i) actul de înființare/organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară;

j) avize de utilizare sau buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale aflate în dotarea unităților mobile de intervenție, după caz, emise de ANMDMR;

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

ART. 108

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat au următoarele obligații:

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

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

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

e) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;

f) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare; să acorde servicii medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate;

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

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

i) să asigure consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenție și transport și echipamentul corespunzător situației respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

j) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz;

k) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

l) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

m) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, pentru serviciile efectuate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu dețin cod numeric personal prevăzute la [art. 225](#) alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

o) să pună la dispoziția casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, la solicitarea acesteia, informațiile stocate prin sistemul GPS, potrivit normelor.

(2) Serviciile de ambulanță private au obligația să asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanță, consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanță și serviciile de ambulanță private, conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 109

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii care acordă consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

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

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

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

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 110

În relațiile contractuale cu unitățile specializate private, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unități specializate private, care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul

casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăreia, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze unităților specializate private, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de lista certificată de serviciul public de ambulanță cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară și de documentele justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme;

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

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

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2), furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu privire la condițiile de acordare a serviciilor și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să verifice sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS și de stocare a informațiilor;

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

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității

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

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării;

k) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat cu care se află în relații contractuale.

SECȚIUNEA a 5-a

Contractarea și decontarea consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat

ART. 111

(1) Reprezentantul legal al unității specializate private încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ/filiale/puncte de lucru înregistrate și/sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

(2) Modalitățile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport se stabilesc prin norme.

ART. 112

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat contractate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, efectuate de unitățile specializate private, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.

(2) Modalitățile de plată sunt:

a) pentru consultațiile de urgență la domiciliu, prin tarif pe solicitare;
b) pentru serviciile de transport sanitar neasistat, prin tarif pe kilometru efectiv parcurs în mediul urban/rural sau milă parcursă, după caz.

(3) Sumele aferente serviciilor contractate cu unitățile specializate private au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.

ART. 113

Modalitățile și condițiile în care se face decontarea de către casele de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme

SECȚIUNEA a 6-a

Sanctiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractelor de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat

ART. 114

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților medicale specializate private prevăzute la [art. 108](#) alin. (1) lit. a), c) - f), g) - l), n) și o) și alin. (2) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract lunară;

c) la a treia constatare, recuperarea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară.

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

(3) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (2) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(5) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1), (2) și (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să

conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) și (4) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2) și (4), se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(8) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) și (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

ART. 115

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 107](#) alin. (1) lit. b) - e), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin

suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat.

ART. 116

Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

- a) dacă furnizorul nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
- b) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
- c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;
- d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;
- e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentelor justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentelor medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;
- f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;
- g) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 114](#) alin. (1);
- h) dacă furnizorul nu îndeplinește condiția prevăzută la [art. 106](#) lit. d).

ART. 117

Contractul de furnizare de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situații:

- a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:
 - a1) furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;
 - a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorului, după caz;
 - a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;
- b) acordul de voință al părților;
- c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;
- d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile [art. 115](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

CAPITOLUL VIII

Îngrijiri medicale la domiciliu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 118

(1) În vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare, pentru acordarea acestor tipuri de servicii;
- b) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și cele ale [Legii nr. 185/2017](#) privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 119](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice, respectiv:

- a) spitalele care acordă asistență medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă, cu structuri organizate ca furnizori de îngrijiri la domiciliu;
- b) medici de familie organizați ca furnizori de îngrijiri la domiciliu;
- c) alți furnizori de îngrijiri la domiciliu.

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

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate.

(5) Recomandările pentru îngrijiri medicale la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile recomandate să fie cuprinse în pachetul de bază.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 119

(1) Reprezentantul legal încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

- a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
- d) copie de pe actul constitutiv;
- e) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărții de identitate al/a reprezentantului legal, după caz;
- f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- g) programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevăzut în norme;
- h) lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul de specialitate autorizat care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de

sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului;

i) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

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

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

l) autorizația de liberă practică pentru fizioterapeut/fizioterapeuți și avizul anual eliberat de Colegiul Fizioterapeuților din România valabilă la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, respectiv documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz. Documentul care atestă pregătirea profesională a fizioterapeutului pentru drenajul limfatic manual se solicită numai furnizorilor care acordă/raportează serviciul de masaj al limfedemului.

m) atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului.

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

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

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

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 120

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu au următoarele obligații:

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

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

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

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

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din

România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

i) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în recomandare, și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

j) să acorde asigurătorilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile stabilite prin norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condițiile prevăzute în norme. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute în norme. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu iau în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

k) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, decât cu avizul medicului care a făcut recomandarea;

l) să comunice direct, în scris sau prin poșta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia, după caz;

m) să țină evidența serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

n) să nu depășească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;

o) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin norme;

p) să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestora, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să recomande aceste medicamente cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor și să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

q) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

r) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

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

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

extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ș) să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

t) să respecte, avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările și completările ulterioare sau că medicamentul este produs biologic;

ț) să aducă la cunoștința caselor de asigurări de sănătate sumele pe care le primesc de la bugetul de stat și/sau bugetul local, conform prevederilor legale în vigoare.

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

ART. 121

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu au următoarele drepturi:

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

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

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

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

e) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acesteia, în condițiile stabilite prin norme;

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 122

În relațiile contractuale cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

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

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

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

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

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2), furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

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

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

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

j) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relații contractuale.

SECȚIUNEA a 5-a

Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 123

(1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților care primesc îngrijiri medicale la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. decontează furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate

asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află aceștia cu încadrarea în sumele contractate.

(2) La stabilirea sumei contractate se au în vedere următoarele:

a) fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, stabilit de casa de asigurări de sănătate din total fond pentru îngrijiri la domiciliu, în funcție de condițiile specifice la nivel local;

b) criteriile de stabilire a punctajului, în vederea calculării valorii de contract, conform normelor.

(3) Suma contractată se stabilește conform normelor, se defalcă pe trimestre și pe luni și se regularizează conform normelor.

(4) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de documentele justificative, până la data prevăzută în contract.

ART. 124

Modalitatea de plată este tariful pe o zi de îngrijire. Tarifele se stabilesc prin norme.

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

ART. 125

(1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea uneia sau mai multor obligații prevăzute la [art. 120](#) lit. a), c), f), g), h), l), m), n), p), t), ț) și u) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 120](#) lit. e), i), k) și q) se aplică următoarele sancțiuni:

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

- a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație.

(5) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(7) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(8) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (4) și (6) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4) și (6) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

ART. 126

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 119](#) alin. (1) lit. b), c), e), f), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/autorizația de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuților din România/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii medicale de îngrijiri la domiciliu.

ART. 127

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

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

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

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 125](#) alin. (1) - (4) pentru fiecare situație;

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 120](#) lit. j) și o).

ART. 128

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu încetează în următoarele situații:

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

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

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

- c) acordul de voință al părților;
- d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;
- e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile [art. 126](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

CAPITOLUL IX

Îngrijiri paliative la domiciliu

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate

ART. 129

(1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane juridice, care, în vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare pentru acordarea acestor tipuri de servicii;

b) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Legii nr. 185/2017](#) privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 130](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3) din același articol, la termenele stabilite pentru contractare.

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

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu care fac dovada funcționării cu personal de specialitate cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative, conform legislației în vigoare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 130

(1) Reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

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

b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

d) copie de pe actul constitutiv;

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

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

g) programul de activitate al furnizorului, conform modelului prevăzut în norme;

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

i) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relația cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

j) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor complementare de îngrijiri paliative conform prevederilor legale în vigoare.

k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenții medicali care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document

care se eliberează/se avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare;

l) atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru fiecare psiholog, valabil la data încheierii contractului și pe toată perioada derulării contractului, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare;

m) autorizația de liberă practică pentru fizioterapeuți și avizul anual eliberat de Colegiul Fizioterapeuților din România valabilă la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum și documentul care face dovada absolvirii studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare.

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

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

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

(5) Recomandările pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, își păstrează valabilitatea.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 131

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele obligații:

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

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate, însoțită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu; să raporteze în

format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative privind activitățile realizate în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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

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

e) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

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

g) să asigure acordarea de asistență medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

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

i) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, potrivit planului de îngrijiri paliative, și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor de îngrijiri și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

j) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului ca o consecință a actului medical propriu. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate pe baza recomandării eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriul clinic, medicii din spital la externare, precum și medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriu. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;

k) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, în condițiile stabilite prin norme; serviciile furnizate vor fi consemnate în fișa de observație pentru îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății;

l) să comunice direct, în scris sau prin poșta electronică, atât medicului care a recomandat îngrijirile paliative la domiciliu, cât și medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia, după caz;

m) să țină evidența serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce privește tipul serviciului acordat, data și ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;

n) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situația în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu;

o) să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform [normelor](#) metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu aprobate

prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările și completările ulterioare; să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea prevederilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, și normelor metodologice de aplicare a acestora, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să recomande aceste medicamente cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor și să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

p) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;

q) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

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

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

serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să transmită caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului, la a treia constatare în cadrul unei luni, conduce la rezilierea acestuia;

ș) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin [Ordinul](#) ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

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

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

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

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

ART. 132

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; trimestrial se fac regularizări în condițiile prevăzute în norme;

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

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

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

e) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, precum și medicamente cu și fără contribuție personală, pentru controlul simptomelor, conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme;

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

SECȚIUNEA a 4-a

Obligațiile caselor de asigurări de sănătate

ART. 133

În relațiile contractuale cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu care îndeplinesc condițiile de eligibilitate, pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și valorile de contract, să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

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

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

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

e) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la [art. 197](#) alin. (2), furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condițiile de acordare a serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

f) să efectueze controlul activității potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

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

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

i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidențialității datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se*) vor fi regularizate;

j) să publice pe pagina de web a acestora sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relații contractuale.

*) În Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 466 bis din 26 mai 2023, cuvântul "se" era tăiat cu o linie orizontală.

SECȚIUNEA a 5-a

Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 134

(1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților care primesc îngrijiri paliative la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. decontează furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află, cu încadrarea în sumele contractate.

(2) Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu și documentele justificative privind activitățile realizate, până la data prevăzută în contract.

ART. 135

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se face prin tarif pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu, exprimat în lei. Tarifele se stabilesc prin norme.

(2) O zi de îngrijire poate cuprinde servicii medicale, îngrijire, psihologice, kinetoterapie, conform nevoilor pacientului, și poate fi efectuată de către medicii cu supraspecializare/competență/atestat în îngrijiri paliative și/sau de către alt personal specializat/calificat în îngrijiri paliative care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor.

(3) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere:

a) fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, stabilit de casa de asigurări de sănătate din total fond pentru îngrijiri la domiciliu, în funcție de condițiile specifice la nivel local;

b) criteriile de stabilire a punctajului în vederea calculării valorii de contract, conform normelor.

(4) Suma contractată se stabilește conform normelor, se defalcă pe trimestre și pe luni și se regularizează conform normelor.

SECȚIUNEA a 6-a

Sanțiuni, condiții de suspendare, reziliere și încetare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 136

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 131](#) lit. a), c), f), g), h), l), m), n), o), ș), t), ț) și v) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la [art. 131](#) lit. e), i) și p) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-a înregistrat această situație.

(5) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la [art. 131](#) lit. u), constatată în perioada derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

b) începând cu a doua constatare, recuperarea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației prevăzută la [art. 131](#) lit. u) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line. În situația în care medicul prescriptor se află în relație contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica și, după caz, va aplica sancțiunile prevăzute de prezenta hotărâre.

(6) Sancțiunile prevăzute la alin. (1) - (4) se aplică gradual pe o perioadă de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

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

(8) Recuperarea sumei stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) pentru furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, aduce la cunoștința furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu faptul că, în

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

(9) Recuperarea sumelor stabilite în urma aplicării prevederilor alin. (1) - (5) și (7) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

ART. 137

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

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la [art. 130](#) alin. (1) lit. b), c), e), f) cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;

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

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

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/autorizația de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuților din România/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, până la data avizării; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, acesta nemaiputând desfășura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea

contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, casa de asigurări de sănătate nu decontează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 138

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

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

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

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la încetarea valabilității/revocarea/retragerea/anularea de către organele în drept a dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare;

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

e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate; contravaloarea acestor servicii se recuperează;

f) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la [art. 136](#) alin. (1) - (4) pentru fiecare situație;

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la [art. 131](#) lit. j) și k).

ART. 139

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, desființare sau transformare a furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condițiile [art. 137](#) alin. (1) lit. a), cu excepția încetării valabilității/revocării/retragerii/anulării dovezii de acreditare/înscrierii în procesul de acreditare a furnizorului.

CAPITOLUL X

Asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii

SECȚIUNEA 1

Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale

ART. 140

(1) În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) sunt autorizați conform prevederilor legale în vigoare;

b) sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor [Legii nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Legii nr. 185/2017](#) privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

c) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la [art. 141](#) alin. (1) în condițiile alin. (2) și (3), la termenele stabilite pentru contractare.

(2) Asistența medicală se asigură în sanatorii/secții sanatoriale pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform [Legii](#) societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții sanatoriale balneare.

SECȚIUNEA a 2-a

Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

ART. 141

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

a) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

b) dovada de acreditare sau de înscriere în procesul de acreditare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

c) contul deschis la Trezoreria Statului, potrivit legii;

d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;

e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

f) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;

g) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, documente care se stabilesc prin norme;

h) indicatorii specifici stabiliți prin norme;

i) actul de înființare sau de organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care le desfășoară, după caz;

j) copie de pe ordinul ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare, după caz;

k) lista asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informații necesare încheierii contractului.

l) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical.

(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată.

(4) Medicii, pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

SECȚIUNEA a 3-a

Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale

ART. 142

În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

a) să informeze asigurații cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web - prin afișare într-un loc vizibil;

2. pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale și să transmită factura în format electronic la casele de asigurări de sănătate; să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate documentele justificative