

PRECIZĂRI

Referitor la proiectul de Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011 publicat pe site facem următoarele precizări:

- prevederile proiectului de Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anul 2011 au fost coroborate cu reglementările proiectului de Contract-cadru actualizat, postat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în data de 24.09.2010;

- au fost introduse două noi anexe: Anexa 2C și Anexa 8F; Anexa 2C „Model cerere de transfer” (se referă la transferul unei persoane de la un medic de familie la un altul) și a fost introdusă potrivit cerințelor art. 33 lit. f) din proiectul de Contract-cadru pentru anul 2011; Prin Anexa 8F au fost introduse *Criterii privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu*, pentru o mai mare transparență în cadrul procesului de contractare a serviciilor medicale de recuperare-reabilitarea sănătății în ambulatoriu;

- nu sunt operate modificări în modelele de contract de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, urmând ca acestea să fie actualizate după definitivarea proiectului de Contract-cadru pentru anul 2011; în acest sens publicarea pe pagina de web a anexelor ce cuprind modelele de contract se va face după actualizarea acestora;

- în reglementările proiectului de Norme metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anul 2011 nu au fost cuprinse aspectele discutate cu ocazia întâlnirilor desfășurate în perioada 13 – 18 octombrie 2010 ce au avut ca temă *Proiectul actualizat de Contract-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011* (postat pe site-ul C.N.A.S. în data de 24.09.2010), acestea urmând a fi supuse atenției Consiliului de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (așa cum s-a consemnat și în procesele verbale încheiate în urma întâlnirilor menționate anterior);

- nu au fost operate modificări ale tarifelor, acestea fiind cele aferente anului 2010 sau sunt marcate cu „...”, pentru stabilirea acestora fiind necesară și aprobarea Legii bugetului de stat pentru anul 2011; în ceea ce privește Anexa 17 a) *Lista spitalelor finanțate ca tarif pe caz rezolvat, ICM și TCP aferent* și Anexa 17 c) în care vor fi prevăzute tarifele maximale ce pot fi decontate pentru o zi de spitalizare pe tip de secție/compartiment, acestea vor fi publicate pe pagina de web la momentul stabilirii ICM și TCP aferente spitalelor finanțate în sistem DRG, respectiv a tarifelor maximale ce pot fi decontate pentru o zi de spitalizare, pentru spitalele / secțiile de cronici.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

NR. / 2010

APROBAT,

MINISTRU

**CASA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
NR. / / 2010**

APROBAT,

PREȘEDINTE

REFERAT

pentru aprobarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011

Având în vedere:

- prevederile Hotărârii de Guvern nr. pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011;

- dispozițiile art. 217 alin. (5) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

propunem aprobarea Ordinului alăturat, cu mențiunea că prevederile anexelor acestui ordin au fost actualizate, astfel încât acestea să fie în acord cu cele cuprinse în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011.

SECRETAR GENERAL

GHEORGHE SÂRB

DIRECTOR GENERAL

DORIN IONESCU

ORDIN**pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011**

Având în vedere Referatul de aprobare comun al Ministerului Sănătății și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. din și nr. din ,

în temeiul prevederilor:

- art. 217 din titlul VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. 1 Se aprobă Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2011, prevăzute în anexele nr. 1 - 40, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2 Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de De la această dată își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 3 Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Cseke Attila

Nicolae Lucian Duță

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE în asistența medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile prevăzute la lit. A cap. I din anexa 21 la ordin, precum și la cazurile prevăzute în lista de la lit. B și C din cap. I din anexa 21 la ordin, pentru care medicul de familie a acordat primul ajutor și a asigurat trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate (de exemplu: accident, traumatisme, pierderea cunoștinței).

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

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

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

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației, consiliere privind igiena personală) și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspționată și confirmată.

C. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidență în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;

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

d) urmărirea leuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere;

f) consiliere pre și post testare pentru HIV și lues a femeii gravide.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii, pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la naștere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face și promovarea alimentației exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni.

D. Imunizări:

I. conform programului național de imunizări:

- a) antituberculoasă - vaccin BCG;
 - b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;
 - c) testarea PPD;
 - d) antihepatită B;
 - e) antipoliomielitică VPO și VPI;
 - f) împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive - DTP (sau DT la cazurile la care vaccinarea DTP este contraindicată);
 - g) antirujeolică și antirujeolică-antirubeolică-antiurliană;
 - h) împotriva difteriei și tetanosului - DT (revaccinare);
 - i) împotriva difteriei și tetanosului la adulți - dT (revaccinare);
 - j) împotriva tetanosului - dT sau VTA;
 - k) antirubeolică.
- II. antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

E. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

F. Servicii de planificare familială:

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

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

A. Serviciile cuprinse la capitolul I Pachetul minimal de servicii medicale

B. Servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute, intercurrente (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament).

NOTA 1: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, pentru celelalte consultații până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate.

NOTA 2: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

NOTA 3: În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3 consultații.

NOTA 4: În situația în care în derularea unui episod de boală acută după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută, numărul consultațiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 5: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

A. Serviciile cuprinse la capitolul II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

B. Servicii medicale profilactice:

Urmărirea dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului prin examene de bilanț:

- a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;
- b) la 1 lună - la domiciliul copilului;
- c) la 2 luni;
- d) la 4 luni;
- e) la 6 luni;
- f) la 9 luni;
- g) la 12 luni;
- h) la 15 luni;
- i) la 18 luni.

C. Imunizări: Vaccinări în caz de necesitate, stabilite prin ordin al ministrului sănătății, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, altele decât cele prevăzute la cap. I lit. D.

D. Servicii de promovare a sănătății

Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.

E. Servicii medicale de prevenție

- a) examen anual de bilanț al copiilor cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani;
- b) control medical periodic al asiguraților în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- c) evaluare periodică, clinică și paraclinică a tratamentului și evoluției pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, în limita competențelor, la alte intervale decât cele stabilite de prevederile legale în vigoare.

F. Servicii medicale curative:

Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, intercurente sau cronice programabile, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general,
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare,
- recomandare pentru investigații paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului și pentru monitorizare,
- manevre de mică chirurgie, după caz.
- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.
- recomandare pentru consultație la medicul de specialitate din ambulatoriu sau pentru internare pentru cazurile care necesită aceasta sau care depășesc competența medicului de familie,
- recomandare pentru tratament de recuperare-reabilitare după caz.
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz.

NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau atașează la acesta rezultatele investigațiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susține și/sau confirma diagnosticul menționat pe biletul de trimitere și data la care au fost efectuate.

NOTA 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, pentru celelalte consultații până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menționa obligatoriu numărul de consultații acordate."

NOTA 3: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

NOTA 4: În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

NOTA 5: În situația în care în derularea unui episod de boală acută după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută, numărul consultațiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 6: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

G. Monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui CNAS.

Evidența și monitorizarea acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri
- examen periodic conform programării - control/evaluare periodică - epicriză de etapă

pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la lit. E, lit. c).

NOTĂ: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică - epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz.

H. Consultații la domiciliul asiguraților - maximum 5 consultații/săptămână/medic.

NOTA 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în "Caietul de domiciliu" care va conține: data și ora vizitei, numele, prenumele și CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul prezumat, tratamente administrate, bilet de trimitere (seria și numărul), după caz.

NOTA 2: Pentru bolnavii nedeplasabili (insuficiență cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) medicul de familie efectuează controlul periodic la domiciliul acestora.

NOTA 3: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maxim trei vizite la domiciliu, pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an.

I. Servicii medicale paraclinice

- ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenței și a dotărilor necesare;

NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiționale la contractul/convenția de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor cuprinse în anexa 11.

J. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului.

CAPITOLUL IV Dispoziții finale

1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenței bolnavilor cu afecțiuni cronice se realizează conform listei de afecțiuni cuprinsă în anexa nr. 39 A.

2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ și din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistență medicală la domiciliu, medicamentele și materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepția celor asigurate de către alte instituții în condițiile legii.

3. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A și B și la cap. II lit. B.

Pentru situațiile care se încadrează la cap. II litera B, costurile investigațiilor paraclinice recomandate și al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în aceleași condiții ca pentru asigurați.

4. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, beneficiază în asistența medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III lit. A - H sau numai de unele dintre acestea, după caz.

5. Pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la cap. I în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

6. Persoanele care beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale, respectiv numai de pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie.

7. Criteriile pentru respectarea modalităților de prescriere, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ANEXA 2

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ART. 1 (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane beneficiare ale

pachetelor de servicii și plata prin tarif pe serviciu medical - consultație, pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, precum și pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

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

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii se stabilește astfel:

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

Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani și peste
Număr de puncte/persoană/an	11,2	7,2	11,2

NOTA 1*): Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa 4 - 59 ani).

NOTA 2*): În situația în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate (copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire și asistență) potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora este majorat cu 5% față de punctajul acordat grupei în care se încadrează.

În acest sens, medicii de familie atașează la fișa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredințat sau dat în plasament și de persoană instituționalizată;

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

2. la calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente;

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

4. Numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie pentru care se acorda punctaj per capita în vederea decontării prin tarif pe persoana asigurată este de 2.200.

Excepție fac situațiile în care medicul cu listă proprie desfășoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel stabilit de comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru.

5. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui

medic de familie cu listă proprie care se contractează cu casa de asigurări de sănătate, în vederea acordării serviciilor medicale în asistența medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situația în care numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi corespunzător sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea minimului de consultații la domiciliu necesare, conform prevederilor cuprinse în nota 2 a lit. H din cap. III din anexa 1 la ordin.

6. În situația în care numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista medicului de familie depășește 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de înscriși pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

6.2 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
(număr înscriși - 2.200)

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \frac{\text{număr de puncte realizate}}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

6.3 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulți medici, în condițiile în care totalul persoanelor înscrise pe listă depășește 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
(4.000 - 2.200)

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \frac{\text{număr de puncte realizate}}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

6.4 În situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/localitate cu deficit din punct de vedere al prezenței medicului de familie și pentru care se face dovada demersurilor repetate, întreprinse de direcțiile de sănătate publică și autoritățile publice locale în vederea atragerii de personal calificat (medici de familie), numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:
(număr înscriși - 2.200)

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \frac{\text{număr de puncte realizate}}{\text{Număr persoane înscrise}} \times 0,5$$

b) Medicii nou-veniți într-o localitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr...., încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleași condiții ca și medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniți, cu respectarea prevederilor art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anul 2011, privind numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii, înscriși pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. se stabilește conform lit. a).

c) Medicii nou-veniți într-o localitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., chiar dacă la sfârșitul celor 3 luni pentru care a avut încheiată convenție de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniți au obligația ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor șase luni în condițiile art.23 alin. (6).

Pentru cele 6 luni de contract în care medicul nou-venit are obligația de a înscrie numărul minim persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și alin. (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., venitul se stabilește conform lit. a).

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

1. în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru și un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul și pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărțit proporțional cu programul de lucru - exprimat în ore desfășurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcție de sporul de zonă aferent localității unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală primară la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

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

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

e) Serviciile cuprinse la cap. I lit. A - F, cap. II lit. A, cap. III lit. B, C, D, E și J din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu - consultație se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.

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

- consultație la domiciliu - 15 puncte;
- consultație la cabinet - 5,5 puncte.

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

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

- în medie, o consultație la domiciliu/zi

c) Serviciile cuprinse la cap. II lit. B și cap. III lit. F, G și H, din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical - consultație.

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit , lit. b) se recalculează în funcție de gradul profesional; valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. b) se majorează cu 20% iar pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

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

În situațiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenție de înlocuire între medicul înlocuitor și casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "pe serviciu" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenției.

ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiții:

a) medicamentele și după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripția medicală se completează, folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie și celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripție medicală distinctă;

b) investigațiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanță cu diagnosticul, care se consemnează în fișa de consultație, în registrul de consultație și în biletul de trimitere;

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola și raporta cazurile, conform prevederilor legale în vigoare. Pentru cazul în care măsurile necesare se refuză de către pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de poliție și al autorităților publice locale.

În unitățile de învățământ în care nu există medic școlar sau în centrele de vaccinare, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale imunizările se efectuează de medicii de familie desemnați la începutul anului de direcțiile de sănătate publică și comunicați caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât și de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligați să raporteze nominal și pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de vaccinare și în carnetul de vaccinare, dar fără a fi raportate ca activitate proprie.

ART. 3 (1) Pentru perioadele de absență mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activității sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activității, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcțiilor de sănătate publică. În ambele situații medicul înlocuitor trebuie să aibă licență de înlocuire temporară, iar preluarea activității se face pe bază de convenție de înlocuire. Licența de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înștiințarea în scris a casei de asigurări de sănătate și a direcției de sănătate publică. Pentru asigurarea condițiilor în vederea preluării activității unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziție medicilor de familie listele cu medicii de familie aflați în evidența acestora, fără obligații contractuale, cum este și cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condițiile legii.

În situația în care nu este disponibil un medic fără obligații contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea și de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate.

(2) Perioadele de absență motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehzuzie, concediu pentru creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani, vacanță pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an, studii medicale de specialitate și rezidențiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcții de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soți îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizație internațională în străinătate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situațiile menționate mai sus, cu excepția perioadei de vacanță, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenței.

(3) Pentru perioade de absență mai mici de 30 de zile lucrătoare înlocuirea medicului absent se poate face și pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-și programul de lucru în mod corespunzător, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii din lista proprie și cei din lista medicului înlocuit. Pentru situațiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absență, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenției de reciprocitate și va afișa la cabinetul medical numele și programul medicului înlocuitor, precum și adresa cabinetului unde își

desfășoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajați.

În desfășurarea activității, medicul angajat utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care medicul angajat își desfășoară activitatea, numărul de contract și ștampila cabinetului medical.

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

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

ART. 4 (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenție de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absență mai mici de două luni/an, conform anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condițiile de înlocuire.

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

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

(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care pot să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii propriie și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic/medici angajat / angajați, programul de lucru al medicului/medicilor angajați se poate desfășura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent dar distinct, dacă structura organizatorică a cabinetului medical permite acest lucru.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniți într-o localitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenție de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii în lista proprie, în care se prevăd obligațiile și drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit anexei nr. 6 la ordin.

(2) În situația în care înainte de încheierea perioadei de 3 luni, prevăzută la alin. (1), numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscriși în lista proprie ajunge la nivelul minim necesar pentru încheierea unui contract de furnizare de servicii medicale

în asistența medicală primară, medicii respectivi pot încheia contract conform anexei nr. 3 la ordin și înainte de data de expirare a convenției.

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenție potrivit alin. (1) nu reușește să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta 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 beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzute la art. 23 alin. (3) și (5) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit în sistemul de asigurări sociale de sănătate și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor șase luni, în condițiile art. 23 alin. (6) din Contractul-cadru.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Pentru stabilirea valorii unui punct „per capita” și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2011 are următoarea structură:

1. 60% pentru plata "per capita" și 40% pentru plata pe serviciu - consultație, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate este format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din prezentul ordin;

b) suma pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5.

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct pe serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea punctului "per capita" este unică pe țară este în valoare de , calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație și este asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical - consultație este unică pe țară, este valabilă pe perioada de valabilitate a contractului și este în valoare delei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu medical - consultație se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata pe serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte pe serviciu medical-consultație efectiv realizate cu

respectarea condițiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu-consultație, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu - consultație.

(5) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical – consultație se determină astfel:

fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv din care se scade suma pentru plata per capita precum și venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 (1) Suma convenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu - consultație efectiv realizate cu valoarea pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical - consultație.

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

ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prevederilor contractului-cadru și a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor convenite pentru activitatea desfășurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 12 Persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de transfer, al cărei model este prevăzut în Anexa nr. 2 C, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 30 de zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul are obligația să transmită fișa medicală (originalul) prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează o copie conform cu originalul a fișei medicală a acestuia, conform legii.

ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicului de familie.

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

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

ART. 14 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistența medicală primară, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 39 alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înțelege absența nemotivată de la programul de lucru afișat pentru activitatea desfășurată în cabinetul medical.

(2) Absența motivată se ia în considerare pentru situațiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum și pentru următoarele situații: citații de la instanțele judecătorești sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezența la instituțiile respective, cu condiția numirii unui înlocuitor pe bază de convenție de reciprocitate sau convenție de înlocuire, ale cărui număr de telefon și adresă vor fi afișate la cabinetul medical. Pentru aceste situații medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absență prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajați.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, ecografiile generale (abdomen și pelvis), la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, respectiv la nivelul tarifelor contractate de către casele de asigurări de sănătate.

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

Numărul de investigații paraclinice contractat este orientativ, cu obligația încadrării în valoarea contractată.

Efectuarea serviciilor medicale paraclinice se desfășoară în cadrul unui program suplimentar, stabilit în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală primară.

ART. 17 Modelul procesului-verbal de predare-preluare a documentelor medicale întocmit pentru situațiile prevăzute la art. 33 lit. k) din Contractul-cadru este cel prevăzut în anexa 2 A.

ART. 18 Medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu 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.

**PROCES-VERBAL DE PREDARE - PRELUARE A DOCUMENTELOR MEDICALE ÎN
ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ ÎNCHEIAT ÎNTRE**

Casa de Asigurări de Sănătate cu sediul în municipiul/orașul
....., str. nr., județul/sectorul, tel./fax,
reprezentată prin:

și

1. Furnizorul de servicii medicale*1, *2

Reprezentant legal

Nr. contract/convenție

Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr.
....., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

2. Dr.*3 angajat al Furnizorului de servicii medicale

Nr. contract/convenție

Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr.
....., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

3. Asistent medical*4

Angajat al Furnizorului de servicii medicale

Nr. contract/convenție

Sediul cabinetului medical în municipiul/orașul/comuna, str. nr.
....., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

Au fost predate - preluate următoarele documente:

1. Registrul de consultații în uz: Nr. buc.:

2. Fișe medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii
medicale înscrise pe lista medicului/medicilor de familie:

Dr. Nr. buc.

Dr. Nr. buc.

.....

3. Alte documente medicale:

..... Nr. buc.:

..... Nr. buc.:

..... Nr. buc.:

Notă:

*1, *2 Pentru situațiile de încetare, reziliere a contractului/convenției sau deces al unui
medic de familie angajat.

*3 Pentru situațiile de excludere din contract/convenție a medicului de familie.

*4 Pentru situațiile de deces al reprezentantului legal al furnizorului, în cazul cabinetelor
medicale individuale.

Prezentul Proces-verbal a fost încheiat astăzi în exemplare, câte un
exemplar pentru fiecare parte, cu respectarea prevederilor Legii nr. 677/2001 pentru
protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera
circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare și ale H.G. nr. ... pentru
aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul
sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011.

Încheiat astăzi / 2011.

Am predat,
Reprezentant legal/Medic/Asistent medical
(Nume și prenume)
.....

Am preluat,
Reprezentant CAS
(Nume și prenume)
.....

Furnizor de servicii medicale
Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

Subsemnatul*1 (a) legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2011 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*2

Subsemnatul*3 (a) legitimat (a) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere, că lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară pentru anul 2011 este valabilă și conformă cu evidențele proprii existente la data de*4, pentru următorii medici de familie:

NOTĂ:

*1 Pentru cabinetele medicale individuale

*2, *4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3 Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat

- societate civilă medicală

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înființată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- cabinet care funcționează în structura sau în coordonarea unei unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie

Data

.....

Reprezentant legal

(semnătura și ștampila)

ANEXA NR. 2C- model

Nr. înregistrare

_____/_____

VIZAT*),

Unitatea sanitară.....

CUI.....

Sediu (localitate, str., nr.)

.....

Casa de Asigurări.....

Nr. contract / convenție.....

Medic de familie.....

(semnătură și parafă)

Domnule / Doamnă Doctor,

Subsemnatul (a) _____, cetățenie _____,
C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data nașterii _____
domiciliat(ă) în _____ str. _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, ap. _____, jud./sector _____, act de identitate
_____, seria _____, nr _____, eliberat de
_____, la data _____, telefon _____,
solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de
familie _____ din unitatea sanitară
_____ str _____ nr: _____ jud. /
sector _____

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.

Țin anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / /

Semnătura:

Domnului/Doamnei Doctor

(se va completa numele medicului de familie pe lista căruia se dorește înscrierea)

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

ANEXA 7

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de
medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății**

CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

A. Pachetul minimal de servicii medicale

a) Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

b) Depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament).

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

NOTA 2: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate distinct de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 3: Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată și confirmată.

B. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

a) serviciile cuprinse la lit. A <<Pachetul minimal de servicii medicale>>;

b) servicii medicale curative:

Consultație pentru afecțiuni acute, intercurrente (anamneză, examen clinic, diagnostic și tratament). Pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris, costurile se suportă integral de către persoana asigurată facultativ.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum două consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice;

- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda o singură consultație.

NOTA 1: Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

NOTA 2: În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

NOTA 3: În situația în care în derularea unui episod de boală acută după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută numărul consultațiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 4: În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial."

C. Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39a, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctura, homeopatie, fitoterapie și planificare familială care

permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultațiile și serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

Consultația medicală de specialitate cuprinde:

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

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat, și necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie, cât și la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum două consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice;

- dacă medicul de familie a acordat două consultații, medicul de specialitate mai poate acorda o singură consultație și nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.

Circuitul privind modalitățile în care pot fi acordate cele 3 consultații se referă numai la un singur episod de boală acută.

În situațiile în care la o consultație se diagnostichează două sau mai multe afecțiuni acute, numărul consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

În situația în care în derularea unui episod de boală acută după prima sau a doua consultație apare o altă afecțiune acută, numărul consultațiilor este maximum 4, respectiv 5.

În situația în care există prezumția privind existența unei alte afecțiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultații pentru afecțiunile acute pentru care pacientul s-a prezentat inițial.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Consultația pentru cazurile care necesită urmărirea evoluției sub tratament a pacientului în ambulatoriu se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultațiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet;

- la externare, inclusiv după o intervenție chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore și scoaterea firelor, scoaterea ghipsului."

Medicul de specialitate are obligația de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit, la un interval de 3 - 6 luni, după caz.

Pentru situațiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

Stabilirea numărului de puncte pe consultație:

		Număr puncte / pentru specialități medicale	Număr puncte / pentru specialități chirurgicale
a.	Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte
b.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	32,40 puncte	-
c.	Consultația peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte
d.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă peste vârsta de 4 ani	21,6 puncte	-
e.	Consultația de fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10,8 puncte	-
f.	Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	21,6 puncte	-
g.	Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	-

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani).

2. Monitorizarea stării de sănătate și a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, acesta va organiza evidența specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Evidența și monitorizarea acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;

- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri

- examen periodic conform programării - control/evaluare periodică - epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de specialitate organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate.

NOTĂ: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică - epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz, cu excepția bolnavilor aflați în evidența medicului cu afecțiuni pentru care prescrierea

medicamentelor nu se poate face decât lunar, situație în care casa de asigurări de sănătate decontează o consultație lunar.

3. Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament), în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

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

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

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și rezolvată la nivelul cabinetului.

4. Specialitățile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic:

1. Alergologie și imunologie clinică
2. Boli infecțioase
3. Cardiologie
4. Chirurgie cardiovasculară
5. Chirurgie generală
6. Chirurgie pediatrică
7. Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă
8. Chirurgie toracică
9. Dermatovenerologie
10. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
11. Endocrinologie
12. Gastroenterologie
13. Genetică medicală
14. Geriatrie și gerontologie
15. Hematologie
16. Medicină internă;
17. Nefrologie
18. Neonatologie
19. Neurochirurgie
20. Neurologie
21. Neurologie pediatrică
22. Oncologie medicală
23. Obstetrică-ginecologie
24. Oftalmologie
25. Otorinolaringologie
26. Ortopedie și traumatologie
27. Ortopedie pediatrică
28. Pediatrie
29. Pneumologie
30. Psihiatrie
31. Psihiatrie pediatrică
32. Reumatologie
33. Urologie

34. Chirurgie vasculară.

5. Competențele/atestatele de studii complementare în baza cărora se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru și normelor, sunt:

- a) planificare familială,
- b) fitoterapie,
- c) homeopatie,

Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultațiilor corespunzător punctajului prevăzut la punctul 1.

6. În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic. Asigurații au dreptul la o consultație cu un tarif de lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 consultații/cure pe an, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament și în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de lei.

7. Servicii conexe actului medical - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate cu următoarele specialități clinice:

- neurologie și neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie, psihiatrie pediatrică,

pentru servicii conexe furnizate de psihologi și logopezi.

Lista serviciilor conexe și punctele aferente acestora sunt:

a) Neurologie și Neurologie pediatrică	
a1) serviciile conexe furnizate de psiholog: Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică)	..... puncte
Psihodiagnostic	..... puncte
a2) serviciile conexe furnizate de logoped: - consultație logopedie	..... puncte
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile conexe furnizate de psiholog: investigarea psihoacustică a vocii	..... puncte
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	..... puncte
b2) serviciile conexe furnizate de logoped: consultație	..... puncte
exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)	..... puncte
c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:	
c1) serviciile conexe furnizate de psiholog: consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică)	..... puncte
psihodiagnostic	..... puncte
c2) serviciile conexe furnizate de logoped consultație	..... puncte

NOTA 1: Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot efectua ecografiile cuprinse la cap. II pct. 1 ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate, inclusiv de la medicul de familie, în limita competenței și a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigațiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa 11.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

NOTA 2: 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, putând acorda și raporta servicii medicale - consultații aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități.

NOTA 3: Medicii de specialitate din specialitățile cardiologie și medicină internă pot efectua serviciul monitorizare și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua această investigație în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate cardiologie și/sau medicină internă și dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară. Pentru efectuarea acestui serviciu, furnizorii de servicii medicale din specialitățile cardiologie și medicină internă încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

NOTA 4: Medicul de specialitate poate emite prescripții medicale lunare pentru bolile cronice, pentru consultația efectuată în vederea dispensarizării/monitorizării bolnavilor cu afecțiuni cronice, inclusiv pentru afecțiunile cronice care se regăsesc în anexa nr. 39 A, consultație care se decontează la un interval de timp de 3/6 luni, după caz.

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice

Nr. crt.	Cod						Denumirea analizei	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
- Hematologie								
1	2	.	8	0	7	0	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite****, formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
3	2	.	8	0	3	0	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
4	2	.	8	1	0	0	VSH*1)	2,45
7	2	.	8	6	2	1	Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,73
8	2	.	8	6	0	3	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
9	2	.	8	6	2	2	APTT	11,46
10	2	.	8	2	1	1	Determinare grup sanguin ABO *1) (la gravidă*±))	7,03
11	2	.	8	2	1	2	Determinare grup sanguin Rh*1) (la gravidă *±))	7,34
12	2	.	8	2	3	0	Anticorpi specifici anti Rh*1) (la gravidă*±))	7,03
- Biochimie								
13	2	.	1	1	2	0	Uree serică*1)	5,46
14	2	.	1	1	3	0	Acid uric seric*1)	5,46

15	2	.	1	1	4	0	Creatinină serică*1), **)	5,52
16	2	.	1	5	1	0	Calciu ionic seric*1)	7,34
17	2	.	1	5	1	1	Calciu seric total*1)	5,00
18	2	.	1	5	7	0	Magneziemie*1)	5,00
19	2	.	8	3	9	0	Sideremie*1)	6,62
20	2	.	1	3	1	0	Glicemie*1)	5,35
21	2	.	1	4	2	0	Colesterol seric total*1)	5,35
22	2	.	1	4	0	4	Trigliceride serice*1)	6,56
23	2	.	1	4	4	1	HDL colesterol*1)	7,63
24	2	.	1	4	4	3	LDL*1)	7,17
26	2	.	1	0	2	0	Proteine totale serice*1)	6,56
27	2	.	4	6	0	0	TGO*1)	5,43
28	2	.	4	6	1	0	TGP*1)	5,46
29	2	.	4	7	2	0	Fosfatază alcalină*1)	7,26
30	2	.	3	2	1	0	Fibrinogenemie*1)	12,75
31	2	.	4	6	8	0	Gama GT	7,45
33	2	.	1	0	1	5	Bilirubină totală*1)	5,46
34	2	.	1	0	1	6	Bilirubină directă*1)	5,46
35	2	.	4	9	6	1	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,16
37	2	.	6	0	2	1	VDRL*1)	5,12
38	2	.	6	0	2	2	RPR*1)	5,11
39	2	.	6	0	2	3	Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
40 bis		2	.	1	0	2	6 Hemoglobina glicozilată*5)	21,06
- Imunologie								
42	2	.	6	2	5	0	ASLO*1)	10,70
43	2	.	6	6	9	2	Factor reumatoid	8,70
44	2	.	6	6	9	1	Proteina C reactivă*1)	9,94
45	2	.	6	7	3	1	IgA, seric	13,76
46	2	.	6	7	3	2	IgE seric	13,32
47	2	.	6	7	3	3	IgM seric	14,07
48	2	.	6	7	3	4	IgG seric	13,76
51	2	4	3	0	0	1	1 Complement seric C3	10,10
52	2	4	3	0	0	1	2 Complement seric C4	10,10
54	2	.	6	2	0	6	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
55	2	.	5	5	6	0	Testare HIV *1)(la gravidă)	31,02
56	2	.	4	0	6	0	TSH	19,10
57	2	.	4	0	4	0	FT4	19,41

59	2	.	6	3	9	2	Ag HBs (screening)*2)	29,03
60	2	.	6	2	0	1	Anti-HAV IgM*2)	38,19
63	2	.	6	2	0	4	Anti HCV*2)	60,48
64	2	.	4	3	2	1	FSH	22,20
65	2	.	4	3	2	2	LH	22,20
66	2	.	4	3	2	3	Estradiol	22,20
67	2	.	4	3	0	0	Cortizol	25,97
68	2	.	4	3	3	2	Progesteron	23,59
69	2	.	4	3	3	1	Prolactină	23,59
- Exudat faringian								
70	2	.	5	0	6	1	Cultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Analize de urină								
77	2	.	3	4	5	0	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
79	2	.	5	0	6	3	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
80	2	.	2	2	0	0	Determinare glucoză urinară*1)	5,00
81	2	.	2	0	3	0	Determinare proteine urinare*1)	5,00
- Examene materii fecale								
82	2	.	7	1	2	0	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
83	2	.	5	0	6	4	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,17
- Examene din secreții vaginale								
84	2	.	5	0	0	2	Examen microscopic	4,50
86	2	.	9	1	6	0	Examen Babeș-Papanicolau*1)	36,67
87	2	.	5	0	6	5	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examene din secreții uretrale, otice, nazale, conjunctivale și puroi								
89	2	.	5	0	3	2	Examen microscopic	4,50
90	2	.	5	0	6	6	Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examen lichid puncție								
92	2	.	5	0	3	3	Examen microscopic/frotiu	4,50
							Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examen sudoare								

- Examinări histopatologice								
96	2	.	9	0	0	0	Piesă prelucrată la parafină	28,57
97	2	.	9	0	2	1	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,58
98	2	.	9	0	2	0	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
99	2	.	9	0	1	0	Examen histopatologic cu colorații speciale	115,80
100	2	.	9	0	2	2	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50
101	2	.	9	0	2	3	Citodiagnostic secreție vaginală	30,50
102	2	.	9	0	2	4	Examen citohormonal	28,27
103	2	.	9	0	2	5	Citodiagnostic lichid de puncție	30,50
104	2	.	9	0	3	0	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
- Examinări radiologice								
105							Radiografie craniană standard în 2 planuri*1)	11,96
106							Radiografie craniană în proiecție specială*1)	16,22
107							Ex. radiologic părți ale scheletului în 2 planuri*1)	15,41
108							Ex. radiologic torace osos sau părți ale lui în mai multe planuri*1)	19,20
109							Ex. radiologic centură scapulară sau pelvină fără substanță de contrast*1)	15,90
110							Ex. radiologic părți ale coloanei vertebrale, mai puțin coloana cervicală*1)	19,51
111							Ex. radiologic alte articulații fără substanță de contrast sau funcționale cu TV*1)	14,59
112							Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puțin coloana cervicală*1)	32,63
113							Ex. radiologic coloana cervicală în cel puțin 3 planuri*1)	28,69
114							Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac)*1)	25,08
115							Ex. radiologic organe ale gâtului sau ale planșeului bucal*1)	17,09
116							Ex. radiologic torace și organe ale toracelui*1)	24,76
117							Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puțin 2 planuri*1)	15,41
118							Ex. radiologic esofag ca serviciu independent, inclusiv	

						radioscopie	20,67
119						Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanță de contrast nonionică*1)	46,91
120						Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală, inclusiv substanța de contrast	71,50
121						Ex. radiologic colon în dublu contrast sau intestin subțire pe sonda duodenală	82,82
122						Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	44,76
123						Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanță de contrast nonionică	188,99
124						Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanță de contrast nonionică	188,09
125						Cistografie de reflux cu substanță de contrast nonionică	237,95
126						Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanță de contrast nonionică	191,05
127						Pielografie	229,57
128						Ex. radiologic cu substanță de contrast nonionică a uterului și oviductului	259,73
129						Mamografie în 2 planuri*1)/ pentru un sân	27,56
130						Sialografia, galactografia, sinusuri cu contrast, fistulografia cu substanță de contrast nonionică	188,85
131						Flebografia de extremități	208,10
132						Tomografia plană	52,15
133						Angiografia carotidiană	262,05
134						Angiografia RM trunchiuri supraaortice	201,95
135						Angiografia RM artere renale sau aorta	201,95
136						P.E.G.	16,39
137						CT craniu nativ și cu substanță de contrast nonionică	258,61
138						CT regiune gât nativ și cu substanță de contrast nonionică	258,29
139						CT regiune toracică nativ și cu substanță de contrast nonionică	280,42
140						CT abdomen nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	265,37
141						CT pelvis nativ și cu substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	265,65

142						CT coloană vertebrală nativ și cu substanță de contrast nonionică/segment	263,21
143						CT membre nativ și cu substanță de contrast nonionică/segment	264,51
144						Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	31,48
145						Ecografie abdomen*1)	17,38
146						Ecografie pelvis*1)	16,76
147						Radioscopie cardiopulmonară*1)	16,56
148						Radiografie retroalveolară	7,03
149						Radiografie panoramică	25,08
150						CT craniu fără substanță de contrast nonionică	87,72
151						CT regiune gât fără substanță de contrast nonionică	87,24
152						CT regiune toracică fără substanță de contrast nonionică	112,49
153						CT abdomen fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	113,33
154						CT pelvis fără substanță de contrast (nonionică) adm. intravenos	88,38
155						CT coloană vertebrală fără substanță de contrast nonionică/segment	47,06
156						CT membre/segment fără substanță de contrast	41,01
157						Radiografie de membre*1)	14,76
158						EKG*1)	21,37
159						Spirometrie*1)	10,65
160						Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	14,43
161						Oscilometrie*1)	5,42
162						EEG	22,63
163						Electromiografie	17,39
164						Peak-flowmetrie	2,63
165						Endoscopie gastro-duodenală*1)	23,77
166						Ecocardiografie M + 2 D	27,38
167						Ecocardiografie + Doppler	34,44
168						Ecocardiografie + Doppler color	36,25
169						Ecografie de vase (vene)	16,39
170						Ecografie de vase (artere)	19,69
171						Ecocardiografie	17,38
172						Ecografie endocrină	16,39

173						Senologie imagistică - ecografie	16,39
174						Ecografie fetală	22,57
175						Ecografie transfontanelară	22,57
176						Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
177						RMN cranio-cerebral nativ	300,93
178						RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
179						RMN abdominal nativ	300,93
180						RMN pelvin nativ	300,93
181						RMN extremități nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
182						RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
183						RMN umăr nativ	300,93
184						RMN umăr nativ și cu subst. de contrast	471,46
185						RMN sâni nativ	300,93
186						RMN sâni nativ și cu subst. de contrast	471,46
187						RMN cranio-cerebral nativ și cu contrast	471,46
188						RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ și cu substanță de contrast	471,46
189						RMN abdominal nativ și cu substanță de contrast	471,46
190						RMN pelvin nativ și cu substanță de contrast	471,46
191						Osteodensitometrie segmentară	24,00
192						Osteodensitometrie Wholebody	85,00
193						Ergometrie	24,12
194						Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
195						Holter TA	21,09
196						Ecocardiografie transesofagiană	60,13
197						Monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice	180,00
198						Ecografie de organ	16,39
199						Angiografie CT periferie	250,00
200						Angiografie CT craniu	250,00
201						Angiografie CT regiune cervicală	250,00
202						Angiografie CT abdomen	250,00
203						Angiografie CT pelvis	250,00

204					Angiogramă CT	500,00
205					Colonoscopie virtuală CT	250,00
206					Bronhoscopie virtuală CT	200,00
207					CT ureche internă	200,00
208					Uro CT	250,00
209					RMN cord cu substanță de contrast	471,46
210					Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
211					Uro RMN cu substanță de contrast	625,00
212					Ecografie morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 săptămâni)	250,00
213					Ecografie pentru translucența nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni)	60,13

*) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicului oncolog.

**) La fiecare determinare a creatininei serice (sCr) se raportează Registrului Renal

Român:

- metoda de determinare a creatininei;
- filtrantul glomerular (eFG), folosindu-se formula:

$$eFG = 186 \times sCr^{-1,154} \times \text{vârsta (ani)}^{-0,203} \times 0,742 \text{ (femei)}$$

eFG = filtrat glomerular estimat;

sCr = concentrația creatininei serice.

***) se introduce la categoria - investigații imunologice: investigația PSA - cod 243135 - tarif - 21,50 lei și free PSA - cod - 243136 - tarif - 22,00 lei.

****) În condițiile în care se consemnează distinct de către medicul care a făcut recomandarea pentru hemoleucogramă.

NOTA 1:

*1) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Investigații paraclinice ce pot fi recomandate și de medicii de familie pentru contactii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie.

*4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se recomandă numai de medicul de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice, și se decontează de cel mult de două ori pe an pentru un asigurat cu diabet zaharat.

NOTA 2: Filmele radiologice și substanțele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicația de utilizare a substanței de contrast aparține medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală care va confirma utilizarea substanței de contrast prin aplicarea parafei și semnăturii pe fișa de solicitare.

Investigațiile cu substanță de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate și în cazul în care utilizarea substanței de contrast a fost specificată în fișa de solicitare și avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigație fără substanță de contrast, urmată din necesitate de o investigație cu substanță de contrast, se decontează numai tariful investigației cu substanță de contrast.

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialități medicale clinice, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

a) Serviciile prevăzute la pozițiile: 166 - 170 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie și gerontologie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare corespunzătoare specialității;

b) Serviciile prevăzute la poziția 172 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

c) Serviciile prevăzute la poziția 171 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: cardiologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, pediatrie cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecocardiografie;

d) Serviciile prevăzute la poziția 174 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

e) Serviciile prevăzute la poziția 175 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

f) Serviciile prevăzute la poziția 146 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie și numai pentru afecțiuni ginecologice, precum și de medici cu specialitatea urologie;

g) Serviciile prevăzute la poziția 173 se decontează numai pentru medicii din specialitățile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie și oncologie;

h) Serviciile prevăzute la poziția 198 (ecografie de organ) se decontează numai pentru medicii din specialitățile: diabet, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie și gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecțioase cu competențe/supraspecializări/atestare de studii complementare de ecografie corespunzător specialității;

i) serviciile prevăzute la pozițiile 212 și 213 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală.

NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la pozițiile: 106, 107, 110, 111, 129, 142, 148, 155, 156, 157, 178, 181, 182, 188 tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic; în cazul explorării mai multor segmente, se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

1^1. Pentru serviciul prevăzut la poziția 191, tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 2 segmente/CNP/o prezentare și nu mai mult de două ori pe an.

2. În cazul investigațiilor CT și RMN prevăzute în tabelul de la pct. 1, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale și implicit prezența unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la punctul 1) se vor majora cu 10%. Pentru investigațiile CT și RMN prevăzute la pozițiile: 142, 155, 156, 178, 181, 182, 188 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6:

Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asigurătorilor în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare, potrivit modelelor prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract. La fișa de solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigațiilor CT și RMN prevăzute la pct. 2 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spațiului și dotărilor necesare pentru perioada de pre și post anestezie, precum și dovada relației de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigații sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fișa de solicitare este însoțită de o copie a fișei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa și semnătura medicului cu specialitatea ATI și care va avea același circuit ca și fișa de solicitare.

NOTA 7:

Medicii de familie, care încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 144 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară

1. Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarife - lei -	Suma decontată de CAS		
			Copii între 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiari ai legilor speciale
1.	Consultație				
1.1	Consultație primară, stabilirea diagnosticului și elaborarea planului de tratament*	11,57	100%		100%
1.2	Consultație secundară, diagnostic și plan de tratament complex	14,49	100%		100%
1.3	Model de studiu	11,57	100%		100%
1.4	Radiografie retroalveolară/ radiografie inclusiv filmul	7,03	100%	100%	100%
1.5	Radiografie panoramică inclusiv filmul	25,08	100%	100%	100%
	* Se efectuează o singură consultație pe an pentru un asigurat				

2.	Terapia cariei simple				
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu amalgam	14,49	100%		100%
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu amalgam	17,41	100%		100%
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu amalgam	20,34	100%		100%
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafață prin obturație cu material compozit	21,20	100%		100%
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafețe prin obturații cu material compozit	23,26	100%		100%
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafețe prin obturații cu material compozit	24,12	100%		100%
2.7	Aplicarea sistemelor de retenție extemporanee	5,84	100%		100%
2.8	Aplicarea sistemelor de retenție prefabricate (per stift)	11,57	100%		100%
2.9	Tratamentul hiperesteziei dentinare/dinte	4,76	100%		100%
3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	5,84	100%	100%	100%
3.2	Coafaj indirect	8,65	100%		100%
3.3	Coafaj direct	20,34	100%		100%
3.4	Pulpectomie vitală cu obturație canal la monoradiculari (include anestezia)	26,06	100%		100%
3.5	Pulpectomie vitală cu obturație canal la pluriradiculari (include anestezia)	28,99	100%		100%
3.6	Amputație vitală	20,34	100%		100%
3.7	Pulpectomie devitală cu obturație canal la pluriradiculari	26,06	100%		100%
3.8	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
3.9	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturație canal la pluriradiculari	34,83	100%		100%
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare - per canal	9,52	100%		100%
3.11	Îndepărtarea corpiilor străini din canale	14,49	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic	9,52	100%	100%	100%
4.2	Tratamentul paradontitei apicale	21,20	100%	100%	100%

	acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmăxilară				
4.3	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
4.4	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturație canal la pluriradiculari	36,67	100%		100%
4.5	Obturație la dinții devitali cu amalgam	28,99	100%		100%
4.6	Obturație la dinții devitali cu compozite	28,99	100%		100%
5.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	8,65	100%	100%	100%
5.2	Echilibrarea ocluzală prin șlefuire selectivă/ședință	11,57	100%		
5.3	Conținție provizorie prin ligaturi de sârmă	8,65	100%		100%
5.4	Chiuretaj în câmp închis/dinte	14,49	100%		100%
5.5	Tratamentul aftei bucale/ședință	5,84	100%		100%
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ședință	8,65	100%	100%	100%
5.7	Detartraj manual supra și subgingival pe dinte	5,84	100%		100%
5.8	Detartraj mecanic supra și subgingival pe dinte	7,68	100%		100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezie locală de contact	2,92	100%		100%
6.2	Anestezie cu infiltrație	8,65	100%		100%
6.3	Extracție de dinți sau resturi de dinți monoradiculari (include anestezia)	21,20	100%	60%	100%
6.4	Extracție de dinți sau resturi de dinți pluriradiculari (include anestezia)	24,13	100%	60%	100%
6.5	Extracție alveoloplastică (include anestezia)	31,91	100%	60%	100%
6.6	Extracție cu alveolotomie (include anestezia)	35,70	100%	60%	100%
6.7	Extracție dinți temporari (include anestezia)	14,49	100%		100%
6.8	Extracție la hemofilici, diabetici sau handicapați (include anestezia)	37,75	100%	60%	100%
6.9	Chiuretaj alveolar*	4,76	100%		100%

6.10	Extracție dinți paradontotici (include anestezia)	17,41		60%	100%
6.11	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracționale	9,52	100%	100%	100%
6.12	Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare	14,49	100%	100%	100%
6.13	Tratamentul de urgență al plăgilor buco-maxilo-faciale	26,06	100%	100%	100%
6.14	Imobilizarea de urgență a luxațiilor dentare	26,06	100%	100%	100%
6.15	Imobilizarea de urgență a fracturilor maxilare	40,45	100%	100%	100%
6.16	Reducerea luxațiilor temporomandibulare	14,49	100%	100%	100%
6.17	Control postoperator	7,68	100%	100%	100%
	* În situația în care se efectuează în aceeași ședință în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
7.	Tratamente protetice				
7.1	Proteză acrilică parțială cu 1 - 7 dinți*	466,99		60%	100%
7.2	Proteză acrilică parțială cu peste 7 dinți*	544,93		60%	100%
7.3	Proteză acrilică totală*	622,71		60%	100%
7.4	Reparație simplă proteză acrilică	23,26		100%	100%
7.5	Reparație + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 3,11 lei)	23,26		100%	100%
7.6	Reparație + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 4,14 lei)	23,26		100%	100%
7.7	Individualizarea protezelor acrilice/ședință	5,84		100%	100%
7.8	Reconstituire corono-radiculară	44,40	100%	60%	100%
7.9	Coroană acrilică	49,99	100%	60%	100%
7.10	Coroană metalică	62,41	100%	60%	100%
7.11	Element intermediar	62,41	100%	60%	100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Deconținerea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiție infantilă, respirație orală) prin plăcuță, vestibolo-orală și scut lingual	173,59	100%		100%

8.2*	Decondiționarea tulburărilor funcționale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiță și capelină	259,68	100%		100%
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatula/ședință	9,52	100%		100%
8.4*	Aparate și dispozitive utilizate în tratamentul malformațiilor congenitale	289,43	100%		100%
8.5	Șlefuirea în scop ortodontic/dinte	8,65	100%		100%
8.6*	Reparație aparat ortodontic	23,26	100%	100%	100%
8.7	Menținătoare de spațiu mobile	231,56	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic/ședință	3,89	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) țin numai de competența medicilor de specialitate în ortodonție.				
9.	Activități profilactice				
9.1	Consultație în cadrul dispensarizării (include și:	13,52	100%*		100%
	- educație pentru sănătate bucodentară				
	- determinarea indicelui de placă bacteriană				
	- determinarea indicilor de inflamație parodontală				
	- educația pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/ședință)				
9.2	Periaj dentar profesional/ședință	14,49	100%		100%
9.3	Clătiri bucale cu soluții fluorurate/ședință	11,25	100%		100%
9.4	Fluorizări locale cu soluții/arcadă*	9,52	100%		100%
9.5	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă**	13,52	100%		100%
9.6	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă**	25,96	100%		100%
9.7	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu glassionomeri/dinte***	14,49	100%		100%
9.8	Sigilări ale șanțurilor și fosetelor cu materiale compozite/dinte	23,26	100%		100%
9.9	Educație pentru decondiționarea obiceiurilor vicioase/ședință	8,65	100%		100%
9.10	Exerciții de reeducare funcțională/ședință	9,52	100%		100%
9.11	Exerciții de miogimnastică/ședință	9,52	100%		100%
9.12	Tratament antiinflamator gingival fizioterapeutic	8,65	100%		100%

9.13	Control oncologic preventiv confirmat	28,99	100%	100%	100%
------	---------------------------------------	-------	------	------	------

Pentru pct. 9 "Activități profilactice":

* o procedură decontată la 3 luni

** o procedură decontată la 6 luni

*** o procedură decontată la 2 ani

Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, serviciile medicale preventive de medicină dentară se acordă trimestrial, iar pentru tinerii în vârstă de 18 - 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți și dacă nu realizează venituri din muncă, se acordă de două ori pe an.

NOTA 1:

Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menționate în notă.

NOTA 2:

Codurile pentru serviciile medicale de urgență de medicină dentară sunt următoarele:

3.1, 4.1, 4.2, 5.1, 5.6, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16, 7.4, 7.5, 7.6, 8.6

NOTA 3:

Competența pentru dentiști este pentru codurile:

1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.2, 4.5, 4.6, 5.7, 5.8, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7, 9.8, 9.9, 9.10, 9.11

NOTA 4:

Formula dentară:

Dinți permanenți

11 incisiv medial dreapta sus

12 incisiv lateral dreapta sus

13 canin dreapta sus

14 primul premolar dreapta sus

15 al doilea premolar dreapta sus

16 primul molar dreapta sus

17 al doilea molar dreapta sus

18 al treilea molar dreapta sus

21 incisiv medial stânga sus

22 incisiv lateral stânga sus

23 canin stânga sus

24 primul premolar stânga sus

25 al doilea premolar stânga sus

26 primul molar stânga sus

27 al doilea molar stânga sus

28 al treilea molar stânga sus

31 incisiv medial stânga jos

32 incisiv lateral stânga jos

33 canin stânga jos

34 primul premolar stânga jos

35 al doilea premolar stânga jos

36 primul molar stânga jos

37 al doilea molar stânga jos

38 al treilea molar stânga jos

41 incisiv medial dreapta jos

42 incisiv lateral dreapta jos

43 canin dreapta jos

44 primul premolar dreapta jos
45 al doilea premolar dreapta jos
46 primul molar dreapta jos
47 al doilea molar dreapta jos
48 al treilea molar dreapta jos
Dinți temporari
51 - incisiv medial dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - premolar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv medial stânga sus
62 - incisiv lateral stânga sus
63 - canin stânga sus
64 - premolar stânga sus
65 - molar stânga sus
71 - incisiv medial stânga jos
72 - incisiv lateral stânga jos
73 - canin stânga jos
74 - premolar stânga jos
75 - molar stânga jos
81 - incisiv medial dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - premolar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

NOTĂ:

În cazul dinților supranumerari se indică codul dintelui cu specificația "supranumerar".

Data fiind incidența dinților supranumerari se admit la raportare maximum doi dinți supranumerari/CNP.

2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară. Se acordă servicii medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1.

3. Pachetul de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, conform legii:

a) se acordă serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani dintre categoriile de persoane din cadrul categoriilor prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1.

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultația medicală de specialitate

Consultația medicală de specialitate, se acordă în cabinetele medicale și cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialității respective, stabilirea protocolului de explorări și/sau interpretarea integrativă a explorărilor și a

analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie și/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;

- bilanțul articular anatomic și funcțional, bilanțul muscular, întocmirea planului de recuperare;

- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- stabilirea conduitei terapeutice și/sau prescrierea tratamentului medical și igienodietetic, precum și instruirea în legătură cu măsurile terapeutice și profilactice generale și specifice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile și nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline și peșteri, avizate de Ministerul Sănătății conform legislației în vigoare.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultații; fiecare cură de tratament de recuperare-reabilitare recomandată trebuie să fie precedată de o consultație. Tariful pe consultație în specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății este de 10 lei.

2. Servicii medicale-cură de tratament, de recuperare-reabilitare acordate în cabinetele/bazele de tratament

Serviciile medicale pot fi recomandate de către medicii de specialitate și de către medicii de familie, în limita competențelor și se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de către medicul de recuperare-reabilitare a sănătății. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi.

Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare acordate în bazele de tratament de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de recuperare-reabilitare a sănătății este de 140 lei.

Serviciile medicale de recuperare prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru situații care privesc corecții de natură estetică și de întreținere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreținere (fitness, body-building), s.a.m.d.

Proceduri incluse, după caz, în cura de recuperare-reabilitare a sănătății	
1	Kinetoterapie de grup pe afecțiuni
2	Galvanizare
3	Ionizare
4	Curenți diadinamici
5	Trabert
6.	TENS
7	Curenți interferențiali
8	Unde scurte
9	Microunde
10.	Diapuls
11.	Ultrasunet

12.	Sonodynator
13.	Magnetoterapie
14.	Laser-terapie
15.	Solux
16.	Ultraviolete
	Stimulări electrice:
17.	Curenți cu impulsuri rectangulare
18.	Curenți cu impulsuri exponențiale
19.	Contractia izometrică electrică
20.	Stimulare electrică funcțională
21.	Băi Stanger
22.	Băi galvanice
23.	Duș subacval
24.	Aplicații cu parafină
25.	Băi sau pensulații cu parafină
26.	Masaj regional
27.	Masaj segmentar
28.	Masaj reflex
29.	Limf masaj
30.	Aerosoli individuali
31.	Pulverizație cameră
32.	Hidrokinetoterapie individuală generală
33.	Hidrokinetoterapie parțială
34.	Kinetoterapie individuală
35.	Tracțiuni vertebrale și articulare
36.	Manipulări vertebrale
37.	Manipulări articulații periferice
38.	Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit
39.	Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)
40.	Băi de plante
41.	Băi de dioxid de carbon și bule

42.	Băi de nămol
43.	Mofete naturale
44.	Mofete artificiale
45.	Împachetare generală cu nămol
46.	Împachetare parțială cu nămol

NOTĂ:

Serviciile medicale de la pct.1 - 38 pot fi efectuate numai în cabinetele medicale care dispun și de bază de tratament. Serviciile medicale de la pct. 39 - 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice.

Serviciile medicale se acordă pentru perioade și potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

Pentru cura balneară de recuperare și cura balneară terapeutică în bazele de tratament din stațiunile balneoclimaterice se decontează maximum 4 proceduri/zi (din care două proceduri cu factori naturali terapeutici)

ANEXA 8

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății

ART. 1 Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

ART. 2 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale-consultații luând în calcul numărul de puncte aferent și valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează activități conexe actului medical sau sunt în relație contractuală cu cabinetele de liberă practică pentru servicii conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective servicii efectuate de aceștia și cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, fitoterapie și homeopatie, planificare familială și nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialități clinice și pentru medicii care lucrează exclusiv în fitoterapie și homeopatie, planificare familială unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrie, neuropsihiatrie infantilă, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute).

În situația în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, numărul de consultații, crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultații, servicii medicale și tratamente contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical, prestate de persoanele autorizate sau prin cabinetele de liberă practică organizate conform legii, prevăzute la art. 2 alin. (2), pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat și care se află într-o relație contractuală cu persoana fizică sau juridică autorizată să le efectueze nu poate depăși de puncte în medie pe zi, convenite celui care le prestează, reprezentând consultații și/sau servicii, după caz.

Pentru desfășurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii conexe.

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice și furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică și programul de activitate.

ART. 4 (1) Suma convenită lunar medicilor de specialitate din specialitățile clinice se calculează prin înmulțirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale-consultații, acordate cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical-consultație.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie și homeopatie, planificare familială, precum și furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară, în valoare de lei.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent trimestrului

respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(5) Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice se defalchează pe trimestre.

ART. 5 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești convenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(4) Pentru asigurarea calității furnizării serviciilor medicale, pentru asigurații care prezintă unul sau mai multe diagnostice confirmate, prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile în care acestea vor fi efectuate, raportate și validate, conform reglementărilor privind dispensarizarea bolilor cronice. Excepție fac situațiile în care asiguratul solicită în nume propriu și în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de:

- un furnizor de servicii medicale paraclinice (furnizori: de analize medicale de laborator, de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigații medicale paraclinice - explorări funcționale), de
- un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești), de
- medicii de familie (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară) și de
- un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere:

a) numărul de investigații paraclinice;

b) tarifele negociate;

Numărul de investigații paraclinice negociat între furnizorii de investigații medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii și monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen și pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară) și casele de asigurări de sănătate se stabilește în limita numărului de investigații paraclinice necesar pe total județ, determinat de comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr., cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinație.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere criteriile prevăzute în anexa nr. 10, respectiv în anexa nr. 11 la ordin.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - explorări funcționale, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere diversitatea serviciilor medicale paraclinice propuse pentru contractare reflectată în tipul de aparate aflate în dotare.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) Numărul investigațiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adițional. Pentru situațiile justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situații și cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adițional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferența de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinație.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligația încadrării în limita valorii lunare de contract.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârșitul lunii pentru care se face regularizarea și în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală într-o lună și de la investigațiile medicale paraclinice - explorări funcționale într-o lună - se redistribuie furnizorilor care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigații paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate și nu vor încheia subcontracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigații paraclinice.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinația servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele/actele adiționale inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de selecție și contractare prevăzute în norme, precum și reevaluarea punctajului furnizorilor, în situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului inițial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situații justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală, precum și servicii medicale paraclinice - explorări funcționale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 5%, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de

contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(7) În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 10 și 11 la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de investigații paraclinice și conduce la rezilierea contractului.

ART. 7 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relații contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele rezultate din reducerea tarifelor maximele cu procentul de diminuare cel mai mare ofertat de către furnizori și nu pot fi mai mari decât tarifele maximele prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Prezentarea, susținerea și negocierea ofertelor privind procentul de diminuare a tarifelor pentru investigații paraclinice se face în ședință deschisă, în prezența reprezentanților casei de asigurări de sănătate și a tuturor reprezentanților legali ai furnizorilor care doresc să încheie contract de furnizare de servicii medicale paraclinice.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale clinice, ecografii, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie și de medicină internă serviciul "monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice" cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condițiile prevăzute la lit. a) din nota de la cap. I lit. A din anexa nr. 7 la ordin, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximele decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în aceeași anexă.

Pentru ecografiile, respectiv monitorizările și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice, pentru care medicii cu specialități medicale clinice, respectiv medicii de specialitate cardiologie și medicină internă încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice și care sunt efectuate ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate, respectiv de către alți medici de specialitate cardiologie și medicină internă, programul de lucru se prelungește corespunzător.

ART. 8 (1) Biletul de trimitere pentru investigațiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare și are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului. La momentul prezentării asiguratului în vederea efectuării investigațiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a consemna data prezentării, de a semna și ștampila formularul, indiferent dacă investigațiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentării. În situația în care, din motive obiective, investigațiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligația de a restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigații medicale paraclinice. Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigațiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(2) Prin excepție de la prevederile alin. (1), biletele de trimitere pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru afecțiunile cuprinse în unele programe naționale de sănătate/diabetul și bolile de nutriție precum și cele pentru afecțiunile oncologice au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice, în condițiile în care pentru afecțiunea respectivă și medicația a fost prescrisă pentru același interval de timp.

(3) Furnizorul de servicii medicale paraclinice, în situația în care nu poate efectua toate serviciile paraclinice conform biletului de trimitere, este obligat să anuleze cu o linie pe cele două exemplare ale biletului, serviciile paraclinice neefectuate; este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(3) Furnizorul de servicii medicale paraclinice, în situația în care nu poate efectua toate serviciile paraclinice conform biletului de trimitere, este obligat să anuleze cu o linie pe cele două exemplare ale biletului serviciile paraclinice neefectuate; este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(4) Fiecare casă de asigurări de sănătate își organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice, în acest sens stabilindu-și evidențe proprii.

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(5) Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, investigațiile medicale paraclinice se acordă pe baza biletului de trimitere.

ART. 9 Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în două exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 10 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive și a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, serviciile medicale de medicină dentară pentru care se încasează contribuție personală din partea asiguratului și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 11 (1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;

b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) și lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;

d) suma stabilită conform lit. c), se ajustează în funcție de programul de activitate, având în vedere volumul serviciilor de medicină dentară contractate;

e) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), respectiv lit. d), după caz, se majorează cu 50%.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.

(3) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

În situații justificate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea trimestrială de contract în limita a maxim 5%, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

(4) În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adițional.

(5) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrială cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinația servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraților de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul inițial se stabilește avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14 (1) Unitățile ambulatorii de recuperare-reabilitare din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de

recuperare-reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultații/cazuri pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 7 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultații, respectiv tariful pe consultație și numărul de servicii medicale-cazuri, respectiv tariful pe caz.

Suma contractată se stabilește conform Anexei 8 F și se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, conform prevederilor din Anexa 8 F, se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății.

În situația în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate, față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății care în trimestrul respectiv și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate de la data semnării actului adițional.

Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrială cabinetele de specialitate recuperare-reabilitare a sănătății pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătății, dacă este cazul.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale-consultații și a numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale-consultații de recuperare-reabilitare acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale-consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată de 15 minute în medie. Dacă programul de lucru este mai mare de 7 ore pe zi numărul de consultații, poate crește corespunzător;

b) serviciile medicale-cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează și raportează în vederea decontării pentru 10 zile de tratament și o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale;

(4) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare; în situația în care baza de tratament nu se află în structura rețelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătății sau aparține unor ministere cu rețele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea serviciilor medicale-consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare la nivelul tarifelor diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale

necesare funcționării și administrării unităților, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele și materialele sanitare.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinația de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale-consultații și numărului de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății, acordate asiguraților de la data semnării acestora.

(6) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare în ambulatoriu se face prin plata prin tarif pe serviciu medical-consultații și număr de cazuri exprimat în lei. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare-reabilitare a sănătății.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale-consultații și numărul de cazuri de recuperare-reabilitare numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Biletele de trimitere pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii din spital, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabilit de medicul de recuperare-reabilitare a sănătății.

(9) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de numărul de servicii medicale-consultații și numărul de cazuri de recuperare-reabilitare a sănătății realizat atât în cabinetele medicale, cât și în bazele de tratament, înmulțit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate.

(10) În situația în care o cură de recuperare-reabilitare se întrerupe, furnizorul are obligația de a anunța casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. În această situație decontarea curei de recuperare-reabilitare se face proporțional cu numărul de zile efectuate.

(11) În situația în care pentru o cură de recuperare-reabilitare a sănătății se recomandă un număr mai mic sau egal cu 7 zile, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate. În această situație decontarea curei de recuperare-reabilitare se face în raport cu numărul de zile efectuate, avându-se în vedere că o cură de recuperare-reabilitare se contractează în medie pentru 10 zile de tratament, caz în care tariful/zi este de lei.

ART. 15 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultații de acupunctură și a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează și raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale;

(3) Contravaloarea servicii de acupunctură-consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale-caz pentru servicii medicale de acupunctură și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură și pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat. În această situație decontarea curei de tratament se face proporțional cu numărul de zile efectuate de acesta.

În situația în care pentru o cură de tratament în acupunctură se recomandă un număr mai mic sau egal cu 7 zile, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate. În această situație decontarea curei de tratament în acupunctură se face în raport cu numărul de zile efectuate, avându-se în vedere că o cură de tratament în acupunctură se contractează în medie pentru 10 zile de tratament, caz în care tariful/zi este de lei.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultații de acupunctură și cazurilor-cure de acupunctură.

(6) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare-reabilitare a sănătății și paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, și depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 16 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, paraclinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin, precum și a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului (fără recomandare medicală sau fără a îndeplini condițiile care îi permit adresare directă) sau în situația în care asiguratul nu acceptă programare pe listele de prioritate se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează chitanță fiscală, cu indicarea serviciului prestat.

ART. 17 (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiștii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, de recuperare-reabilitare a sănătății și de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, folosind formularul de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se

desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, recuperare-reabilitare a sănătății, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 18 Pentru unitățile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unității sanitare în structura căreia se află aceste unități și casa de asigurări de sănătate.

ART. 19 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, numai pe baza biletului de trimitere pentru alte specialități, care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice, respectiv de recuperare-reabilitare a sănătății. Furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, păstrează un exemplar și depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activității.

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(3) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv a celor de recuperare-reabilitare a sănătății acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 8 A - model -

Furnizor de servicii medicale
Medic
Specialitatea
Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
Nr. contract

FIȘA DE MONITORIZARE

în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice

Nume: Prenume:
Data nașterii:

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex: M/F

Adresa:

Diagnostic:

Data luării în evidență:

Comorbidități:

Factori de risc:

Examinări clinice

Data programării	Data realizării

Investigații paraclinice

Tip investigație	Data programării	Data realizării

Recomandări:

- Tratament igienico-dietetic

.....

- Tratament medicamentos

.....

- Alte recomandări

.....

Data completării

.....

Semnătura, parafa și ștampila

.....

ANEXA 8 B

Furnizor de servicii medicale paraclinice

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

- model -

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

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești

Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului

Casa de Asigurări de Sănătate

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura și ștampila)
.....

ANEXA 8 C

Furnizor de servicii medicale de recuperare-reabilitare

Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE

- model -

Subsemnatul (a), legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că

falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare și cu:

Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești

Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului

Data
 Reprezentant legal
 (semnătura și ștampila)

ANEXA 8 D

Furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

 Punct de lucru*1)

PERSONAL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Valabilă până la
- D - Valoare
- E - Nr. contract
- F - Tip contract
- G - Specialitatea/Competența
- H - Specialitatea/Competența*
- I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR		Asigurare de răspundere civilă				Contract **)		Program de lucru	Cod parafă	G	H	I	
				Serie și nr.	A	B	Nr.	C	D	E	F						

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

Total medici =

OPERATORI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Tip de activitate**)
- B - Data eliberării
- C - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociație profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
				Serie și nr.	B	C	Nr. contract				Tip contract

***) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician

Total operatori =

ASISTENȚI MEDICALI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Valabilă până la
- D - Nr. contract
- E - Tip contract

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract (**)		Program de lucru	Specialitatea /Competența
				Serie și nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenți medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Contract (**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
				Serie și nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract	Tip contract			

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

*1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal

Nume și prenume, semnătura, ștampila

Data întocmirii

ANEXA 8 E

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:

 Punct de lucru*1)

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
- B - Data expirării
- C - Nr. contract
- D - Tip contract
- E - Program de lucru

- F - Cod parafă
 G - Specialitatea/Competența
 H - Specialitatea/Competența*
 I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR				Asigurare de răspundere civilă		Contract **)		E	F	G	H	I
				Serie și nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C						D

*) se completează în situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății

ASISTENȚI MEDICALI DE LABORATOR

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
 B - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		Program de lucru
				Serie și nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract		Tip contract

Total asistenți medicali de laborator =

CHIMIȘTI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data eliberării
 B - Data expirării
 C - Grad profesional

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	C
				Serie și nr.	Serie	NR.	A	B	Nr. contract				Tip contract

Total chimiști =

BIOLOGI

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
 B - Cod parafă (după caz)
 C - Grad profesional
 D - Data eliberării
 E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
				Serie	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă	Nr.				Tip

			și nr.					până la	contract	contract			

Total biologi =

BIOCHIMIȘTI

Total biochimisti =

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Program de lucru
- B - Cod parafă (după caz)
- C - Grad profesional
- D - Data eliberării
- E - Data expirării

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	BI/CI	ALP/Certificat membru asociație profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
				Serie și nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

 *1) În situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea și exactitatea datelor

Reprezentant legal:

Nume și prenume, semnătura, ștampila:

Data întocmirii:

ANEXA 8 F

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății și repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu

La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății se au în vedere următoarele criterii:

- A. Evaluarea capacității resurselor tehnice
- B.. Evaluarea salii de kinetoterapie
- C. Evaluarea resurselor umane

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

- a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparatului prin documente valabile.
- b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și/sau numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleași cu seria și/sau numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă deținerea legală a acestora.
- c) Furnizorii sunt obligați să prezinte cărțile tehnice corespunzătoare aparatelor deținute.
- d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și/sau numărul, cât și aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta cărțile tehnice ale acestora.
- e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și /sau număr acestea nu se iau în calcul la nici unul dintre furnizori.
- f) Pentru a putea fi luate în considerare aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcționare.

Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut, după cum urmează:

- Aparat cu un canal si vechime 1-5 ani = 8puncte/aparat
- Cada de hidroterapie– vechime 1-5 ani = 10puncte/1 cada
- Aparat cu 2 canale si vechime 1-5 ani = 12puncte/aparat
- Aparat cu 3 canale si vechime 1-5 ani = 14puncte/aparat
- Aparat cu 4 canale si vechime 1-5 ani = 16puncte/aparat

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, cate 2 puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului.

Nr.crt	Denumire aparat	Numar canale	An fabricatie	Total puncte/aparat
1	2	3	4	5

TOTAL PUNCTE:

B.. Evaluarea salii de kinetoterapie:

Dotare sala de kinetoterapie:

A. Conditii de spatiu:

- suprafata utila a salii este demp si asigura cel putin 4,5 mp pentru fiecare pacient = 0,5 puncte/pacient
- sala este dotata cu aerisire naturala directa, cat mai eficienta = 0,5 puncte
- pardoseala calda (parchet sau scandura) sau mocheta pe beton cu strat amortizor; = 0,5 puncte
- cabina de dus (cu apa calda permanenta) si grup sanitar; = 0,5 puncte
- spatiu separat pentru dezbracat-imbracat= 0,5 puncte

B. Dotari specifice

Se puncteaza existenta in sala de kinetoterapie a urmatoarelor dispozitive:

- spalieri = 0,5 puncte
- saltele = 0,5 puncte
- oglinzi de perete= 0,5 puncte

- banci = 0,5 puncte
- greutati de diverse marimi, bastoane, arcuri, cordoane elastice= 0,5 puncte
- mese kineto simple (....) = 0,5 puncte/dispozitiv(*)
- instalatii-montaje scripete cu contragreutati (....) = 0,5 puncte/instalatie(*)
- dispozitive pentru recuperare functionala din grupa "dispozitive ajutatoare" (*):
 - pedalier (....) = 0,5 puncte/dispozitiv
 - planseta basculanta (....) = 0,5 puncte/dispozitiv
 - giroplan (....) = 0,5 puncte/dispozitiv
 - levier pentru cvadriceps (....) = 0,5 puncte/dispozitiv
 - roata si scarita pentru umar (....) = 0,5 puncte/dispozitiv
 - placa canadiana (....) = 0,5 puncte/dispozitiv
 - placa pentru abilitatile mainii (....)= 0,5 puncte/dispozitiv
 - bac de vaslit (....) = 0,5 puncte/dispozitiv
 - bicicleta medicinala (....)= 0,5 puncte/dispozitiv
 - banda de alergare (....) = 0,5 puncte/dispozitiv

(*) **Nota:** - Se va completa intre paranteze cu numarul dispozitivelor detinute.
 - Se puncteaza un numar maxim de 3 dispozitive

TOTAL PUNCTE:

C. Evaluarea resurselor umane:

Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat. Punctajul se acorda pentru fiecare angajat medico-sanitar cu norma intreaga, iar pentru cei cu norma partiala se acorda unitati proportionale cu fractiunea de norma lucrata.

Se considera o norma intreaga astfel:

- pentru un medic - 35 ore/saptamana (7 ore*5 zile/saptamana)
- pentru un asistent, fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut sau masseur – 40 ore/saptamana (8 ore/zi*5zile/saptamana)

- a. medic in specialitatea de balneofizioterapie – medic primar – 12 puncte/medic/1 norma
 - medic specialist - 8 puncte/medic/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

- b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut – 6 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

- c. asistent balneofizioterapie – 4 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

- d. masseur – 3 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE:

Program de activitate saptamanal al cabinetului:

- 5 zile /săptămână = 2 puncte
- 6 zile / săptămână = 3 puncte
- 7 zile / săptămână = 4 puncte
- alt program = 1 punct

TOTAL PUNCTE:

Se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor pentru toate criteriile.

Se calculează valoarea unui punct prin împărțirea sumei alocate cu destinația asistență medicală de recuperare-reabilitare în ambulatoriu, din care se scade suma aferentă serviciilor de acupunctură la numărul total de puncte.

Valoarea unui punct obținută mai sus se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor, rezultând sumele aferente fiecărui furnizor.

ANEXA 9

LISTA cuprinzând afecțiunile care, după confirmarea ca fiind un caz nou, permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic și Angină pectorală instabilă
3. Purtătorii de proteze valvulare și pace-maker
4. Malformații congenitale și boli genetice
5. Insuficiență renală cronică în stadiul predialitic
6. Insuficiență cardiacă clasa III - IV NYHA
7. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
8. Bolile de collagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
9. Aplazia medulară
10. Anemii hemolitice endo- și exoeritrocitare
11. Trombocitemia hemoragică
12. Talasemia majoră
13. Histiocitozele
14. Telangectazia hemoragică ereditară
15. Purpura trombocitopenică idiopatică
16. Trombocitopatii
17. Purpura trombotică trombocitopenică
18. Boala von Willebrand
19. Coagulopatiile ereditare
20. Tumori cu potențial malign până la elucidarea diagnosticului
21. Boala Wilson
22. Malaria
23. Tuberculoza

24. Mucoviscidoza
25. Boala Addison
26. Diabet insipid
27. Psihoze
28. Miastenia gravis
29. Bolnavi cu revascularizație percutanată, cu stimuloare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
30. Afecțiuni postoperatorii și ortopedice până la vindecare
31. Gravide cu risc obstetrical crescut
32. Prematuritatea (în primul an de viață)
33. Malnutriție proteinenergetică (în primii 3 ani de viață)
34. Anemiile carentiale (până la normalizarea hematologică și biochimică)
35. Rahitismul evolutiv, forma moderată și gravă (până la vindecarea radiologică și biochimică)
36. Astm bronșic în criză
37. Glaucom
38. Alte situații la recomandarea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și ale Colegiului Medicilor din România, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

NOTA 1:

Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecțiunile de mai sus se face numai în următoarele situații:

1. dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidență de către medicul de familie și în intervalul de timp până la următoarea consultație la medicul specialist, bolnavul nu necesită să fie monitorizat de către medicul de familie;
2. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcție de parametrii de monitorizare;
3. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru tot anul în curs, conform fișei de monitorizare prevăzută în anexa nr. 8 A.

NOTA 2:

1. Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluția bolii și în atitudinea terapeutică.
2. Medicul de specialitate care are în evidență bolnavul are obligația de a depune la contractare lista cu asigurați - bolnavi cu afecțiuni cronice în evidență.

ANEXA 10

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigațiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la cap. II pct. 1 din anexa nr. 7 la ordin, cu excepția examinărilor histopatologice și de citologie.
- b) Pentru examinările histopatologice și de citologie, furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru meniul de teste efectuate de fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică.

4. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru din structură, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist – cu grad de specialist.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe toată perioada de derulare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

NOTĂ:

Pentru laboratoarele de anatomopatologie nu se aplică punctul 2.a) și punctul 5.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații paraclinice - analize de laborator se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| 1. criteriul de evaluare a resurselor | 45% |
| 2. criteriul de calitate | 45% |
| 3. criteriul financiar | 10% |

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 45%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparatului prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

d) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor și transmit Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situația centralizatoare cu privire la:

- tipul și denumirea fiecărui aparat
- seria și numărul fiecărui aparat

- tipul, numărul și data documentului care dovedește deținerea legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenței unor aparate de același tip și cu aceeași serie și număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiași furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

e) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcționare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcționali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

f) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

a) analizor până la 18 parametri inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani - 12 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul laser flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

c) - analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră - cu o vechime de până la 5 ani - 14 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puțin 61 teste/oră; cu modul laser flowcitic - cu o vechime de până la 5 ani - 36 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie.

1.2. Hemostază:

a) analizor coagulare semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

1.3. Imunohematologie: - 2 puncte.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

- analizor automat de microbiologie - cu o vechime de până la 5 ani - 40 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- identificarea germenilor - 10 puncte
- efectuarea antibiogrammei - 8 puncte.

2.2. Micologie:

- decelarea prezenței miceliilor și identificarea miceliilor - 10 puncte
- efectuarea antifungigramei - 8 puncte.

2.3. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte.

3. Biochimie:

- analizor semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte

- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- analizor automat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

În funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,06 puncte.

4. Imunologie:

- a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani, cu:

- o microplacă - 25 puncte
- două microplăci simultan - 30 puncte
- 4 microplăci simultan - 35 puncte
- 6 microplăci simultan - 40 puncte

- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatelor;

- c) sisteme speciale cu o vechime de până la 5 ani - 25 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului.

În funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă/oră se acordă câte 0,6 puncte.

5. Citologie Papanicolau - 5 puncte.

Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie - 25 puncte.

NOTĂ:

Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfășoară activitate cel puțin un angajat cu studii superioare de specialitate.

Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

B. Resursele umane

Personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat în laborator.

Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei angajați cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată:

- 1. medic primar de specialitate - 20 puncte;
- 2. medic specialist - 18 puncte;
- 3. chimiști, biologi, biochimiști principali - 16 puncte;
- 4. chimiști, biologi, biochimiști specialiști - 14 puncte;
- 5. chimiști, biologi, biochimiști - 10 puncte;
- 6. asistenți medicali de laborator - 4 puncte.

C. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:

- fax - 1 punct;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte.

2. software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional - instalat și cu aparate conectate pentru transmitere de date - 30 puncte;

3. website - care să conțină minimum următoarele informații:

datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări și chestionar de satisfacție a pacienților

- 2 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 și 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 45%.

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității", în conformitate cu SR EN ISO/CEI 17025 sau SR EN ISO 15189 și care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoțit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

a) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie și Imunologie cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

b) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzută în celelalte grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7, altele decât cele menționate la lit. a) și cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

c) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătății" și care este dovedit de furnizor prin documentul de atestare care cuprinde și lista analizelor medicale pentru care este atestat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

- se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale, cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori/an în ultimele 12 luni. Pe parcursul derulării contractului obligația participării la schemele de testare a competenței de cel puțin 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleași condiții.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator, cu încadrarea obligatorie în tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de laborator care prezintă tarife ce depășesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinși de la contractare.

1. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de analize medicale de laborator prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin; procentul de diminuare se propune distinct pentru fiecare categorie de analize (hematologie, biochimie, imunologie, microbiologie, histopatologie).

2. Procentul de diminuare propus pentru fiecare categorie de analize se aplică pentru toate analizele cuprinse în categoria respectivă și nu poate depăși 20% din tariful maximal.

3. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare categorie de analize medicale reprezintă tarifele care se contractează cu toți furnizorii de analize medicale de laborator.

4. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a oferit procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare categorie de analize medicale. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici față de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporțional în funcție de primul clasat.

Pentru furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate analizele medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 45% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 45% pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calității" și 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenței pentru laboratoare de analize medicale";

c) 10% pentru criteriul financiar.

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor, cu excepția numărului total de puncte obținut de furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile și modalitatea de calcul se aplică în același mod și pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare și care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum și pentru

furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru acești furnizori se contractează și se decontează din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească.

NOTA 1:

În funcție de necesarul de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigațiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator - poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de laborator, astfel:

- analize medicale de laborator;
- analize de anatomopatologie.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total județ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de anatomopatologie din totalul fondului cu destinația de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele și personalul specific).

ANEXA 11

CRITERII

privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală

Pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecție:

1. Să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie și/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, astfel:
 - a. Laborator de radiologie și imagistică medicală - investigații conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;
 - b. Ecografia generală, ca prestație independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice și medici de familie, cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituțiile abilitate în condițiile legii;
 - c. Ecografia endocrinologică ca prestație independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice, în diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;

d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestație independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialități clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie și gerontologie;

e. Ecocardiografia efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie și gerontologie și pediatrie, de către medici de specialități clinice;

f. Ecografia fetală efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de genetică medicală;

g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de pediatrie;

h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecțiuni ginecologice) și în cabinetele medicale de urologie.

i. Radiografia dentară ca prestație independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.

j. Ecografia morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 de săptămâni) efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia pentru translucența nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni) efectuată ca prestație independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fișa tehnică eliberată de producător, pentru meniul de teste efectuate de fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică.

3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, este acoperită prin prezența unui medic de specialitate radiologie-imagistică medicală, condiții cumulative ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice și de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ

1. Numărul de investigații de radiologie-imagistică medicală se stabilește la nivelul fiecărui județ de către comisia înființată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr.

2. La stabilirea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	70%
2. criteriul de calitate	10%
3. criteriul financiar	10%
4. criteriul de disponibilitate (pentru program non-stop)	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 70%.

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obține un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacității resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală sunt obligați să facă dovada deținerii legale a aparaturii prin documente conforme și în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria și numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria și numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existența și deținerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligați să prezinte toate fișele tehnice corespunzătoare aparatelor deținute și pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria și numărul, și nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fișele tehnice conforme și în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

f) Dacă 2 sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și același număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la niciunul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Contractului-cadru pentru anul 2011 și într-un program de lucru distinct.

g) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcționare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcționali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

h) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut, după cum urmează:

a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție
 - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
 - direct digital 10 puncte;
- opțiuni:
 - stepping periferic 5 puncte;
 - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
 - optimizarea densității 5 puncte;
 - trendelenburg 3 puncte;
 - afișare colimatori fără radiație 3 puncte;
 - stand vertical 3 puncte;
 - tomografie plană 1 punct;
 - 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- tipul de achiziție:
 - parțial digital 5 puncte;
 - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existența de casete dedicate 1 punct;
- facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- mod de lucru al unității de bază:
 - B (sau 2D): 1 punct;
 - M: 1 punct;
 - Doppler color: 2 puncte;
 - Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
 - Doppler pulsat: 1 punct;
 - triplex: 0.5 puncte;
 - achiziție imagine panoramică: 1 punct;
 - achiziție imagine panoramică cu Doppler color: 1 punct;
 - achiziție imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
 - monitor alb-negru/color - 1 punct;
 - modalități de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opțiune se adaugă 1 punct;
 - aplicații software incluse (abdomen, părți moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;
 - stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;
 - printer alb-negru/color 1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru fiecare computer tomograf secvențial, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- numărul de secțiuni concomitente:
 - 2 - 8 secțiuni 25 puncte;
 - 16 - 32 secțiuni 40 puncte;
 - peste 32 secțiuni 70 puncte;
 - peste 64 secțiuni 100 puncte;
- timp de achiziție a imaginii:
 - 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;
 - < 0,5 secunde: 20 puncte.
- aplicații software* instalate pe computerul tomograf:

- 3D: 2 puncte;
- Circulație - 64 slice 2 puncte;
- evaluare nodul pulmonar - 16 slice 2 puncte;
- perfuzie - 64 slice 2 puncte;
- colonoscopie - 64 slice 2 puncte;
- angiografie cu substrație de os - 16 slice 2 puncte;
- dental - 2 slice 2 puncte.

 * se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor menționate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital 5 puncte;
- analog 1 punct;
- injector automat 15 puncte;
- stație de post procesare și software aferent*: 20 puncte;

 * se va puncta dacă în documentația de punere în funcțiune există dovada deținerii și instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanță magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanță magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: sân, extremități, cap, genunchi etc.), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- 1. - câmp magnetic - 1 T 10 puncte;
- 1,5 T și peste 20 puncte;
- 2. - pentru fiecare tip de antenă instalată* se adaugă: 20 puncte;

 * se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a echipamentelor

- 3. Aplicații software* instalate pe RMN - pentru fiecare tip de soft instalat se adaugă: - 10 puncte

 * se punctează dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada documentată a aplicațiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii

- Printer - digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Stație de post procesare și software aferent* 20 puncte.
(alta decât stația de vizualizare)

 * se va puncta dacă în documentația de deținere și de punere în funcțiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obținut se adaugă:

- cu o cameră de citire 5 puncte;
- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 15 puncte.

j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

La punctajul obținut se adaugă:

- posibilitatea de realizare investigație completă (whole body): - 10 puncte.

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia și stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală	1 punct;
- dezvoltator automat umed	3 puncte;
- dezvoltator umed day light	5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR)	15 puncte;
- dezvoltare automată uscată:	10 puncte;
- arhivă filme radiografice	5 puncte;
- arhivă CD	15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS)	50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme)	5 puncte.

NOTA 1: Aparatele mai vechi de 10 ani nu se puntează.

NOTA 2: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deținut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziție, anexă care descrie și confirmă configurația tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 3: Se puntează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:	
- medic de specialitate radiologie și imagistică medicală:	15 puncte;
- medic primar radiologie și imagistică medicală:	30 puncte;
- medic de specialitate medicină nucleară:	15 puncte;
- medic primar medicină nucleară:	30 puncte;
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută în ultimii 5 ani	5 puncte;
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obținută între 5 - 10 ani	15 puncte;
- medic cu competență/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 10 ani	30 puncte.

(punctajul se acordă pentru medicii din specialitățile clinice și medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice-ecografii în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/contractelor de furnizare de servicii medicale spitalicești, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară)

- medic dentist	5 puncte.
-----------------	-----------

(punctajul se acordă pentru medicii dentiști care efectuează radiografii dentare retroalveolare și panoramice în baza actelor adiționale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

- medic specialist explorări funcționale	9 puncte;
- medic primar explorări funcționale	11 puncte;
- operatori:	
- absolvent colegiu imagistică medicală	5 puncte;
- asistent medical imagistică medicală:	4 puncte;
- bioinginer:	6 puncte;
- fizician:	6 puncte;
- asistenți medicali:	
- de radiologie	6 puncte;
- alte specialități pentru Eco + ATI	3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală	5 puncte.

NOTĂ: Se acordă punctaj pentru fiecare persoană încadrată cu normă întreagă. Pentru cei încadrați cu contract de muncă cu timp parțial lucrat se acordă punctaj proporțional cu fracțiunea de normă.

C. Logistica:

a) distribuția rezultatelor investigațiilor la medicul care a recomandat investigația:

- rețea de transmisie imagini interne (RIS)	8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof și la distanță (PACS)	10 puncte;

b) software dedicat activității de laborator - care să conțină înregistrarea și evidența biletelor de trimitere (serie și număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă și numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul și numărul investigațiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză și arhivarea datelor de laborator, precum și raportarea activității desfășurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificațiile tehnice ale aplicației, care se verifică la sediul furnizorului):

- operațional cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte.

c) website - care să conțină minimum următoarele informații:

datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcționare, certificări/acreditări și chestionar de satisfacție a pacienților

2 puncte.

d) teleradiologie:

- server în centrul de achiziție

10 puncte

- server în centrul de citire

10 puncte

- linie VPN

10 puncte.

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau și CT și RMN.

Pentru furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) și c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Implementarea sistemului de management al calității, în conformitate cu SR EN ISO 9001:2001 sau SR EN ISO 9001:2008 pentru diagnostic imagistic sau cu alt standard adoptat în România la momentul aplicării prezentului ordin, este dovedită de furnizor prin certificatul de conformitate a sistemului de management al calității însoțit de o copie de pe manualul calității, în care să fie specificat tipul investigațiilor pentru care s-a acordat.

În situația în care furnizorul de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală prezintă certificatul de conformitate, acesta primește maximum 100 de puncte, respectiv câte un punct pentru fiecare investigație care se regăsește în anexa la certificatul de conformitate a sistemului de management și care este oferită spre contractare.

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate investigațiile medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de investigații paraclinice de radiologie-imagistică, cu încadrarea obligatorie în tarifele maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică care prezintă tarife ce depășesc tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinși de la contractare.

a. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de investigații de radiologie-imagistică medicală prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, pentru fiecare tip de investigații, procent care nu poate depăși 12% din tariful maximal.

b. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare tip de investigații reprezintă tarifele care se contractează cu toți furnizorii de investigații de radiologie-imagistică medicală.

c. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a oferit procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare tip de investigații. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici față de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporțional în funcție de primul clasat.

d. Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

4. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program prelungit de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică și sărbători legale se adaugă - 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program non stop de 24 ore zilnic se adaugă - 100 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obținut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afișează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinație de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 70% pentru criteriul de evaluare;
- b) 10% pentru criteriul de calitate;
- c) 10% pentru criteriul financiar;
- d) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor la cele patru criterii.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre cele 4 criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obține prin însumarea celor patru sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile și modalitatea de calcul se aplică în același mod și pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imagistică pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare și care efectuează investigații paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, precum și pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești care efectuează investigații paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui

criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru acești furnizori se contractează și se decontează din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigații paraclinice de radiologie-imagistică medicală pe total județ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr. vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări funcționale din totalul fondului cu destinația de servicii paraclinice de radiologie-imagistică medicală.

Pentru furnizorii de explorări funcționale - criteriile specifice de selecție se aplică în mod corespunzător (numai investigațiile, aparatele și personalul specific).

H. În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. d) se repartizează proporțional la celelalte criterii prevăzute la lit. A lit. a) - c).

ANEXA 16

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitalicești pentru patologia care necesită internare în condițiile prevăzute la art. 61 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

B. Servicii medicale spitalicești care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigațiilor, tratamentelor și procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unitățile spitalicești, tipurile de servicii medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a) - o);

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situațiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 și care sunt acordate de către medicii din unitățile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, inclusiv monitorizarea bolilor cronice pentru care aprobarea unor medicamente se realizează prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop, precum și serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă și din structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unitățile spitalicești, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 16A.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmește o fișă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1706/2007 privind conducerea și organizarea unităților și compartimentelor de primire a urgențelor, cu modificările și completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unități sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum și serviciile medicale de mai jos cu tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)
a) - Radioterapie 48,50/câmp (în medie două câmpuri pe ședință)	
b) - Chimioterapie*)	48,50/ședință
d) - Litotritie	350,00/ședință
e) - Implant de cristalin**)	247,54
f) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	28,93
g) - Servicii medicale de oftalmologie: - eviscerație, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicație, electrorezecție	48,57
h) - Servicii medicale ortopedie: - halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură chist sinovial picior, secțiune tendoane picior, secțiune tendoane mână, amputație deget mână, chist sinovial picior	128,66
i) - Servicii medicale ORL: - rezecție septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formațiune tumorală, polipectomie nazală	116,15
j) - Servicii medicale flebologie (operație flebologie)	92,09
k) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B): - rahianestezie - anestezie generală inhalatorie - anestezie de contact și infiltrație - anestezie locoregională de infiltrație - anestezie locală - anestezie generală	239,38 158,11 46,06 114,99 16,63 300,00
l) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoza tuberozitară Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, excizia hiperplaziei de mucoasă, extirparea formațiunilor tumorale (osoase - de părți moi), adâncirea șanțului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezecție apicală cu obturație/fără obturație, amputație radiculară, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare) - dinți ectopici, dinți din focarul de fractură, excizia bridelor - operație cu lambou - corecție fren, infiltrație trigeminală	86,80 57,87 190,95 26,62
m) - amniocenteză***)	600,00
n) - biopsie de vilozități coriale***)	600,00
o) - Servicii de mică chirurgie: tumorete, lipoame, plăgi, abcese, chisturi	128,66

*) Tariful nu cuprinde medicamentele și materialele specifice nominalizate prin programul național cu scop curativ și suportate din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ.

***) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozități coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operație, precum și cheltuieli indirecte).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanță: CT, RMN, scintigrafie, angiografie decontează numai în baza biletului de trimitere pentru

investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare prezentate în anexa nr. 18, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, în următoarele condiții:

- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare;
- urgențe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părți moi și/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine

- fracturi cominutive și/sau deschise cu interesare de vase ale extremităților

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcțiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficiență respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgențe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asigurații cu contraindicații (prezență de stimuloare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanță magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale și afecțiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT

3. patologia oncologică indiferent de localizare

4. necroza aseptică de cap femural

5. urgențe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asigurații cu contraindicații (insuficiență renală, insuficiență cardiacă severă, sarcină, alergii la substanțele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecțiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală spitalicească

În situația în care pacientul nu poate dovedi achitarea la zi a contribuției datorate la fond, spitalul acordă serviciile medicale pentru situațiile de urgență având obligația să evalueze situația medicală a pacientului și să îl externeze dacă serviciile medicale de urgență nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitalicești de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situațiile de urgență medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial până la rezolvarea situației de urgență,;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale spitalicești pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgențe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viața pacientului sau care au acest potențial, până la rezolvarea situației de urgență;
- boli cu potențial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.
- tratamentul bolnavilor psihic prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare sau internare obligatorie;
- nașterea;
- diagnosticul și tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

ANEXA 16 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi

1. Ștutul de personal
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2010
3. Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2010 valabilă la 31.12.2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigațiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultații interdisciplinare, efectuate în alte unități sanitare: nr., tipul, valoare și nr. de bolnavi internați pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Stocul de medicamente, materiale sanitare și reactivi la 01.01.2010 și la 31.12.2010.
6. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2011 pe elemente de cheltuieli*)

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	

Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apa, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20.01.30	
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	

Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

*) Se completează pentru fiecare secție/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare și pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz.

ANEXA 16 B

DESFĂȘURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEȚINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACÉSTUIA NU ESTE FUNCȚIONALĂ) ȘI AL CONSULTAȚIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE, PE BAZA RELAȚIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂȚILE SANITARE (CONFORM ART. 72 DIN CONTRACTUL-CADRU)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI

LOCALITATEA

JUDEȚUL

CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR.

1. DESFĂȘURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigației paraclinice efectuate	Număr investigații paraclinice efectuate	Tarif/investigație paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări

2. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul investigației paraclinice efectuate	Nr. investigații paraclinice	Tariful investigației efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4*C5
				X	
	Subtotalul investigațiilor paraclinice efectuate pe un CNP				
...					
	TOTAL				

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienții internați în unitatea sanitară cu paturi care întocmește aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.
Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂȘURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAȚII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, ÎN ALTE UNITĂȚI SANITARE
LUNA ANUL

**CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE
VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE
LUNA ANUL**

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	$C5 = C3 \times C4$
	TOTAL		x	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

**6. DESFĂȘURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR DE TRANSPORT
INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENȚII INTERNAȚI, CARE NECESITĂ
CONDIȚII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE
VEDERE AL CONSULTAȚIILOR ȘI INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE LUNA
ANUL**

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul serviciului de transport interspitalicesc*)	Nr. servicii de transport interspitalicesc	Tariful/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	$C6=C4 \times C5$
	Subtotal pe un CNP			x	
	..				
	..				
	TOTAL				

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

Răspundem de realitatea și exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfășurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

În tabelele de la pct. 2, 4 și 6, în coloana "c2", pentru cetățenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul pașaportului.

ANEXA 17

CONDIȚIILE

acordării serviciilor medicale în unități sanitare cu paturi și modalitățile de plată ale acestora

SPITALE

ART. 1 Serviciile medicale spitalicești de care beneficiază asigurații sunt: servicii medicale spitalicești pentru patologii care necesită internare prin spitalizare continuă și spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitalicești se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistență medicală preventivă, curativă, de recuperare și paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienții care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore și pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3 Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, cu excepția serviciilor de hemodializă, pentru care se încheie contract distinct. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în anexa 20 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, și nu pot fi mai mari decât tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful/caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, aferent spitalelor aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;

- 1/3 din tariful mediu/caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă cel mai mic aferent spitalelor aflate în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitalicești se acordă în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi - în funcție de care se stabilește capacitatea maximă de funcționare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii spitalelor aprobată prin ordin al ministrului sănătății;

3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătății;

4. număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor pe tipuri de solicitare;

5. durata de spitalizare realizată;

6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, potrivit structurii aprobate și normativelor în vigoare, pe secții și compartimente;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi și număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;

9. numărul și tipul investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat;

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.

13. tarif pe zi de spitalizare.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitalicești acordate în funcție de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură și de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecții nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secțiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumați prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgență medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgență (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractați pentru anul 2009, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management.

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute, care se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix pentru anul 2010 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2011

1. Număr de cazuri externate

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere următoarele:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție/compartiment în anul 2011, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și

de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1) lit. a), după caz.

Pentru secțiile chirurgicale, numărul de cazuri externate obținut în condițiile prevăzute mai sus se diminuează în funcție de gradul de operabilitate realizat în anul 2010 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2010. În acest sens, se au în vedere prevederile art. 4 alin. (1) lit. a) pct. 1 cu privire la existența personalului de specialitate, necesar pentru asigurarea minimului de siguranță a serviciului medical.

Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2010 pentru care nu se justifică internarea.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale, cât și pentru secțiile medicale poate fi contractat numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate efectuate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile de urgență din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, ca și cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

Pentru situațiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de același tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

2. Indicele de case-mix pentru anul 2010 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului și a tipurilor de cazuri raportate în perioada 1 ianuarie 2010 - 31 decembrie 2010. Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin.

3. Tariful pe caz ponderat pentru anul 2011 este prezentat în anexa nr. 17 a) la ordin și se stabilește pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate (grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național și limitele superioare și inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, precum și definirea termenilor utilizați) sunt prevăzute în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

b) suma pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2011, în funcție de numărul de paturi aprobat, de gradul de utilizare a paturilor la spitalul/secția/compartimentul respectiv și de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% față de aceasta.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secțiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) se ia în considerare durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în Anexa 17 c).

4. Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2010 pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situațiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de același tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Număr de paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzute în Anexa 17 c).

c) suma pentru serviciile medicale spitalicești acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din spitalele de cronici și de recuperare, care se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate x tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități;

1. Număr de cazuri externate

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție/compartiment se vor avea în vedere următoarele:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate de Ministerul Sănătății) și al județului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție/compartiment în anul 2011, în funcție de numărul de paturi aprobat, de nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor și

de durata optimă/durata efectiv realizată de spitalizare cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinație spitalului.

Pentru secțiile chirurgicale, numărul de cazuri externate obținut în condițiile prevăzute mai sus se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate în funcție de gradul de operabilitate realizat în anul 2010 comparativ cu cel optim care este de 70% din numărul total de externări din anul 2010.

Pentru secțiile medicale, numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2010, pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situațiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologii de același tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

Numărul de externări diminuat atât pentru secțiile chirurgicale, cât și pentru secțiile medicale se contractează numai ca servicii medicale/cazuri rezolvate acordate în regim de spitalizare de zi, respectiv cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în camerele de gardă, respectiv structurile asimilate acestora din cadrul spitalelor, ca și cazuri rezolvate în spitalizare de zi, cu încadrarea în valoarea de contract.

Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent. În acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

2. Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2010 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful obținut prin înmulțirea ICM-ului cel mai mare corespunzător aceluiași tip de secție din spitalele cu care casa de asigurări de sănătate se află în contract calculat la nivelul anului 2010 cu tariful pe caz ponderat pentru anul 2011 corespunzător spitalului cu ICM-ul cel mai mare.

În situația în care unul din spitale are în structură secții/compartimente de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri și îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b);

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, decontată din fondul alocat pentru programul național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

e) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, cabinete de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenței

medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (3) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanțată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât și pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanțate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi, nu poate depăși 20% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, astfel:

- pentru spitalele care în anul 2010 au realizat valori ale indicatorilor contractați în regim de spitalizare de zi și care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mari de 20% față de valoarea decontată pentru indicatorii realizați în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2010, în limita a maxim 20%, cu excepția unităților sanitare de monospecialitate, care derulează programe naționale de sănătate.

- pentru spitalele care în anul 2010 au realizat valori ale indicatorilor contractați în regim de spitalizare de zi și care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mici de 20% față de valoarea decontată pentru indicatorii realizați în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2010, cu creștere de maxim 5% peste valoarea anului 2010, dar fără a depăși 20% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă.

(2) Sumele de la lit. d) și e) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. f), g) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiționale la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camera de gardă și în structurile de urgență din cadrul din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgență, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat.

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 decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri și tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de către unitățile sanitare cu paturi și de către furnizorii de servicii medicale - investigații paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

(2) Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru astfel:

a) 5% pentru:

- contractarea și decontarea serviciilor prevăzute la art. 48 alin.(3) lit. b) din Contractul-cadru,
- decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,
- decontarea sumelor reprezentând depășirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele de urgență;
- decontarea numărului de cazuri realizate din secțiile de obstetrică și neonatologie ce depășește numărul de cazuri contractat, dar nu peste capacitatea maximă a secției, la un tarif ce reprezintă 30% din tariful pe caz ponderat,
- alte situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, după caz.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor / compartimentelor de terapie intensivă, în următoarele condiții:

.....

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 destinația de servicii medicale spitalicești, inclusiv sumele care nu au fost contractate inițial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiționale la contractele inițiale pentru anul 2011. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii inițiale de contract/actelor adiționale, precum și nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractați în perioada de la începutul anului și până la sfârșitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adițional.

ART. 8 Sumele pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi de unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii și care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, se determină prin înmulțirea numărului de servicii medicale spitalicești/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate și raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 a) la ordin;
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2011.

2. Regularizarea trimestrială în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul total de cazuri externate, raportate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv. (Validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate); numărul de cazuri astfel nu poate depăși un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin. (1) lit. a).

- indicele de case-mix realizat pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, dar nu mai mare decât cel stabilit pentru anul 2011, prin anexa 17a.

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2011;

- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, pe baza cazurilor externate raportate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 b) la ordin.

În situația în care numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, dar fără a depăși 20% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri ponderate contractat se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractate, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se poate accepta la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de cazuri ponderate ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, cât și a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/secții din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective și în condițiile art. 5 alin. (1) lit. h);

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici, de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și internările dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică - distrofici, neonatologie - prematuri mici și foarte mici și TBC, serviciile medicale spitalicești se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcție de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, fără a se depăși durata optimă pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă, și de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări și decontări în limita sumei contractate în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă și durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situațiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În situația în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depășire dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă creșterea numărului de cazuri realizate se regăsește în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secții din județul respectiv, iar această depășire se încadrează în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ținându-se seama de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, după caz; în situația în care asiguratul este transferat în aceeași unitate sanitară, de la o secție la alta de același profil, spitalul va raporta în vederea decontării un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/secțiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcție de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienței managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractați și realizați pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către direcțiile de sănătate publică și transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcție de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile

de spitalizare contractat, de durata efectiv realizată și de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 a) la ordin, precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (aprobat prin ordin al ministrului sănătății ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare, decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de cazuri externate realizate și validate (validarea și invalidarea se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat, aferent serviciilor medicale spitalicești pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Regularizarea trimestrială, în limita sumei contractate, se face în funcție de:

- numărul de externări realizate și validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv (validarea și invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat,

În situația în care numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depășește numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situația în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât și cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depășire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât și a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depășiri dacă spitalul/secțiile a/au luat decizia de creștere a numărului de internări, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile, și dacă această creștere se regăsește ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenței medicale spitalicești la alte spitale/secții din județul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective;

d) suma aferentă Programului național cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează în limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ;

e) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programului național cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și în cabinete de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, cabinete de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului, decontată din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice, în condițiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (3) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

h) suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât și pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv (pentru spitalele finanțate în sistem DRG);

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate (pentru spitalele finanțate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități).

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat: sistem DRG și tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată prin ordin al ministrului sănătății) din alte spitale."

(2) Spitalele sunt obligate să acopere cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcțională, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat, cât și suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli

profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condițiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. ... și în condițiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

ART. 10 (1) Serviciile de dializă în insuficiența renală cronică, acordate în unități sanitare cu paturi, respectiv în unități sanitare autorizate și avizate, după caz, de Ministerul Sănătății să efectueze aceste servicii, se contractează de casele de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare sus-menționate și se decontează din fondul aprobat cu destinația servicii medicale de hemodializă, hemodiafiltrare și dializă peritoneală cronică și automată, după caz.

(2) Pentru serviciile de dializă în insuficiența renală cronică casele de asigurări de sănătate țin evidențe distincte.

ART. 11 Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav.

Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilite prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare și cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 12 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanță (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraților numai în următoarele condiții:

- urgențe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecțiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilități de explorare.

Investigațiile menționate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare, potrivit modelelor prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se

transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract. La fișa de solicitare se atașează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică atât pacienților internați, cât și asiguraților cărora li se recomandă aceste servicii medicale în regim ambulatoriu. Pentru pacienții internați nu se aplică prevederea prin care se solicită bilet de trimitere pentru serviciile medicale de înaltă performanță menționate la alin. (1).

ART. 14 Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, cu excepția transportului efectuat de serviciile publice de ambulanță pentru pacienții care nu se află în stare critică și care se află în unitățile sau compartimentele de primiri urgențe și care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport sanitar; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asigurații internați care necesită condiții suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultațiilor și investigațiilor paraclinice, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa 16 b).

b) suma aferentă consultațiilor interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, pe baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unități sanitare cu paturi, se evidențiază distinct și se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa 16 b).

ART. 15 Medicii care își desfășoară activitatea în spital au obligația ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieșire din spital cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării și indicațiile de tratament și supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 16 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre și luni, cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, dar numai după îndeplinirea obligației prevăzută la art. 67 alin. (1) lit. e) din contractul-cadru, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților în luna precedentă, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secțiile de obstetrică și neonatologie și a bolilor cu potențial endemo-epidemic.

(5) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractați și, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, direcțiilor de sănătate publică sau ministerelor, în funcție de subordonare, și caselor de asigurări de sănătate execuția bugetului de venituri și cheltuieli. Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART.17 Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, precum și cu medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete medicale de boli infecțioase, 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, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități.

Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 37.

Serviciile medicale spitalicești pot fi acordate asiguraților și pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

ART. 18 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condițiile legii, de realitatea și exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât și cu ocazia raportării datelor în cursul execuției.

ART. 19 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitalicești sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoștință Ministerului Sănătății sau celorlalte ministere, în funcție de subordonare, și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situație, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanți ai Ministerului Sănătății, respectiv ai ministerului de resort, precum și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluționează divergențele.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală spitalicească, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 21 Furnizorii de servicii medicale spitalicești vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe

zi de spitalizare și a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 16 a).

ANEXA 18
- model -

A. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENTĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ țintă/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU | Programare examen RMN

Alte case | Data:

..... | Ora:

5. Internat DA/NU -

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU

6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: | *) Se va aplica semnătura și parafa medicului de specialitate radiologie și imagistică medicală

..... | Precizări:

..... | Observații speciale legate de pacient:

7. Dg. trimitere | 1. Asistat cardiorespirator DA/NU

..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă

..... | 3. Antecedente alergice DA/NU

8. Date clinice și paraclinice care să justifice explorarea RMN: | 4. Astm bronșic DA/NU

..... | 5. Crize epileptice DA/NU

..... | 6. Suspiciune de sarcină DA/NU

..... | 7. Claustrofobie

..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale metalice de sutură

..... | 9. Valve cardiace, ventriculare

..... | 10. Proteze auditive

..... | 11. Dispozitive intrauterine

..... | 12. Proteze articulare, materiale de osteosinteză

..... | 13. Materiale stomatologice

..... | 14. Alte proteze

..... | 15. Meserii legate de prelucrarea metalelor (schije, obiecte metalice)

..... | 16. Corpi străini intraocular

..... | 17. Schije, gloanțe, obiecte metalice

..... |

..... | Semnătura pacientului

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

..... |

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg | Programare examen CT

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU

Alte case | Data:

..... | Ora:

5. Internat DA/NU -

Secția nr. FO | Substanță contrast: DA*)/NU

..... | *) Se va aplica semnătura și parafa

..... | medicului de specialitate radiologie și

..... | imagistică medicală

6. S-au epuizat celelalte metode

de diagnostic: DA/NU | Precizări:

7. Dg. trimitere |

..... |

8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic CT stabilit

să justifice explorarea CT: |

..... |

..... |

..... |

..... |

9. Examen CT anterior: DA/NU |

10. Toleranță la substanța iodată: |

DA/NU |

Trimis de (spital, clinică) |

Medic solicitant Data: |

Semnătura și parafa medicului |

solicitant |

Aviz șef secție solicitantă cu |

asumarea responsabilității*): |

(semnătura și parafa) |

Pentru URGENȚE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

*) numai pentru asigurații internați prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ Tel.:
DEPARTAMENTUL Fax:

Șef departament

URGENȚĂ: DA/NU

FIȘA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat

Organ/segment anatomic de examinat

1. Pacient: Nume Prenume telefon

2. Cod numeric personal

3. Greutate Kg | Programare examen scintigrafic

4. Asigurat CASA JUDEȚEANĂ DA/NU

Alte case | Data:

..... | Ora:

5. Internat DA/NU -

Secția nr. FO |

6. S-au epuizat celelalte metode de |

diagnostic: DA/NU | Precizări*):

7. Dg. trimitere |

..... |

8. Date clinice și paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit

să justifice explorarea |

..... |

..... |

..... |

..... | *) Sarcina reprezintă contraindicație

9. Examen scintigrafic anterior: | de efectuare a examenului scintigrafic

DA/NU |

10. Stări alergice*): DA/NU | Semnătura pacientului

Trimis de (spital, clinică) | (acolo unde este necesară confirmarea)

Medic solicitant Data: |

Semnătura și parafa medicului |

solicitant |

Pentru urgențe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura și parafa medicului care a efectuat investigația

NOTA la anexa nr. 18:

Pentru ca examenele de CT, RMN, scintigrafie și angiografie să fie decontate de casele de asigurări de sănătate, fișele de solicitare pentru aceste investigații trebuie să conțină toate datele solicitate conform modelelor.

În caz contrar casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile respective.

ANEXA 19

**DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE/SECȚII
valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate ale
Ministerului Sănătății**

Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie și terapie intensivă - ATI	5
2. Recuperare, medicină fizică și balneologie	12
3. Boli infecțioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie pediatrică	4
7. Chirurgie cardiovasculară	9
8. Chirurgie vasculară	7
9. Chirurgie toracică	9
10. Chirurgie orală și maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*)	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
15. Endocrinologie	7
16. Pneumologie - TBC**)	40
17. Pneumologie	12
18. Gastro-enterologie	6
19. Ginecologie	4,5
20. Hematologie	9
21. Medicină generală	7
22. Medicină internă	8
23. Nefrologie	8

24. Neurochirurgie	7
25. Neurologie	9,5
26. Neuropsihiatrie	14
27. Nevroze	14,12
28. Neonatologie	5
29. Obstetrică	5
30. Obstetrică-ginecologie	5
31. Oftalmologie	5
32. Oncologie medicală	7
33. Otorinolaringologie - O.R.L.	6
34. Ortopedie și traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7
36. Neonatologie - prematuri***)	16,5
37. Psihiatrie acuti	17
38. Psihiatrie cronici	50
39. Reumatologie	10
40. Urologie	8,5
41. Geriatrie și gerontologie	14
42. Alergologie și imunologie clinică	8
43. Toxicologie	5
44. Toxicodependență	21
45. Alte specialități medicale	5

*) Pentru secțiile de arși, durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

***) pentru prematurul mic și foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

NOTĂ:

1. La spitalele/secțiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadrați la art. 105, 113 și 114 din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

2. Pentru Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie de Copii București, Centrul de Patologie Neuromusculară <<Dr. Radu Horia>> Vâlcele, județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Centrul Medical de Recuperare Neuropsihomotorie <<Gura Ocnitei>>, județul Dâmbovița și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie <<Dezna>>, județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.

3. La spitalele/secțiile aferente poziției nr. 2 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici și patologii posttraumatică sau neurologică de tip

infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică și balneologie, este de 21 de zile, cu excepția cazurilor complexe după intervenții neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate și cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru Spitalul de Cardiologie Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

ANEXA 19 A

I. Contul de execuție a bugetului instituției publice - Cheltuieli la data de

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - anuale
- B - trimestriale
- C - bugetare
- D - legale
- E - totale
- F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificația bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăți efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizații de conducere	10,01,03						
Spor de vechime	10,01,04						
Alte sporuri	10,01,06						
Ore suplimentare	10,01,07						
Fond de premii	10,01,08						
Prima de vacanță	10,01,09						
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10,01,12						
Indemnizații de delegare	10,01,13						
Indemnizații de detașare	10,01,14						
Alocații pentru locuințe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						

Contribuții	10,03					
Contribuții de asigurări sociale de stat	10,03,01					
Contribuții de asigurări de șomaj	10,03,02					
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10,03,03					
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10,03,04					
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10,03,06					
Contribuții la Fondul de garantare a creanțelor salariale	10,03,07					
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII total,	20					
Bunuri și servicii	20,01					
Furnituri de birou	20,01,01					
Materiale pentru curățenie	20,01,02					
Încălzit, iluminat și forță motrică	20,01,03					
Apă, canal și salubritate	20,01,04					
Carburanți și lubrifianți	20,01,05					
Piese de schimb	20,01,06					
Transport	20,01,07					
Poștă, telecomunicații, radio, TV, internet	20,01,08					
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20,01,09					
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	20,01,30					
Reparații curente	20,02					
Medicamente și materiale sanitare	20,04					
Hrană	20,03					
Hrană pentru oameni	20,03,01					
Hrană pentru animale	20,03,02					
Medicamente	20,04,01					
Materiale sanitare	20,04,02					
Reactivi	20,04,03					
Dezinfectanți	20,04,04					
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05					
Alte obiecte de inventar	20,05,30					

Deplasări, detașări, transferări	20,06					
Deplasări interne, detașări, transferări	20,06,01					
Deplasări în străinătate	20,06,02					
Materiale de laborator	20,09					
Cărți, publicații și materiale documentare	20,11					
Consultanță și expertiză	20,12					
Pregătire profesională	20,13					
Protecția muncii	20,14					
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24					
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20,25					
Alte cheltuieli	20,3					
Protocol și reprezentare	20,30,02					
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20,30,30					
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE total,	51					
din care:						
Acțiuni de sănătate	51,01,03					
Programe pentru sănătate	51,01,25					
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51,01,38					
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51,01,08					
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51,02,11					
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51,02,12					

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitalicești realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	

3. Număr servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, realizate în luna anterioară	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finanțate în sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat*)	
7. Tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat în regim de spitalizare de zi contractat*)	

NOTĂ:

*) Tarifele menționate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitalicești

ANEXA 21

**PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistența medicală de urgență și transport sanitar**

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază în asistența medicală de urgență și transport sanitar

A. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale majore (cod roșu) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

- mama este inconștientă
- mama prezintă convulsii
- tegumentele mamei sunt reci și umede, stare de leșin (insuficiență cardio-vasculară)
- nou-născutul nu plânge/respiră
- copilul a fost născut, mama prezintă hemoragie
- hemoragie după săptămâna 20 de sarcină
- contracții uterine puternice după săptămâna 36 de sarcină
- membrane rupte după săptămâna 36 de sarcină
- membrane rupte sau senzația mamei de împingere cu copil cunoscut sau suspionat a fi în poziție anormală

- pacientă inconștientă cu probleme ginecologice/obstetrice
- dispnee, probleme ginecologice/obstetrice
- durere acută abdominală, palid, transpirat, aproape de sincopă
- sângerare, paloare, transpirație sau aproape de sincopă
- pacientă însărcinată, traumatism abdominal, contracții sau sângerare
- sângerare majoră, sarcină mai mare de 20 de săptămâni
- contracții puternice între săpt. 20 - 36 de sarcină
- durere și sângerare (în cantități mici sau mari) după săpt. 20 de sarcină
- convulsii în timpul sarcinii

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

- inconștiență
- nivel scăzut de conștiență
- dificultate serioasă în respirație
- tegumente palide și umede, aproape sincopă

- pacient slăbit cu durere toracică

- durere toracică și greață

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

- suspiciunea mai multor victime grav afectate

- inconștient, după arsură termică/electrică

- nivel scăzut al conștienței după arsură termică/electrică

- dificultăți în respirație după arsura termică/electrică

- suspect de leziuni datorate inhalării de fum

- mai mult de 20% suprafață arsă suspionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/față (adult)

- mai mult de 10% suprafață arsă suspionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/față (copil sub 10 ani)

- suspiciune de arsuri severe, informații incerte

- suspiciune de arsură electrică cu voltaj înalt

- suspiciune de cădere, leziuni grave suspionate

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ

- mai multe victime, imersie în apă sau dispărute

- imersie în apă confirmată, inconștient

- imersie în apă cu dificultăți în respirație

- victimă aflată încă în apă

- pacient cu imersie în apă mai mult de un minut

- accident prin săritură în apă

- leziune extinsă și imersie în apă

- suspiciune de hipotermie

- dezorientat/confuz, fără dificultăți în respirație

- tuse severă posibilă aspirație

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE

- mai multe victime, imersie, rănite sau dispărute

- victimă aflată încă în apă

- inconștient după scufundare

- tegumente reci și umede, aproape sincopă

- confuz sau agitat după scufundare

- paralizie sau amețeli în diferite părți ale corpului

- leziuni extinse vizibile

- suspiciune de hipotermie moderată sau severă

- toate simptomele apar în primele 24 h de la scufundare (diferite niveluri de conștiență, paralizii, alte simptome neurologice, dureri, simptome legate de tegumente)

6. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE

- inconștient

- dificultăți în respirație

- tegumente palide și umede, aproape sincopă

- mușcătură de viperă cu simptome generale

- mușcătură de viperă la copil mic

- hemoragie necontrolată după mușcătură

- înțepătură de insecte în gură sau gâtul unui copil

7. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE

- susp. mai multe victime grave

- susp. inconștient în urma accidentului

- greutate la respirație în urma accidentului

- starea de conștiență în deteriorare sau starea de obnubilare prelungită

- paralizie

- paloare, transpirații, aproape inconștient
- sângerare necontrolabilă
- strivire sau leziuni penetrant la nivelul: capului, a gâtului, a abdomenului sau a coapsei.

- leziuni semnificative la nivelul a două sau mai multor părți ale corpului
- fractură de femur sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau al piciorului
- extremitate smulsă deasupra nivelului degetelor
- pacient carcerat, blocat etc.
- cădere de peste 4 metri fără alte criterii de urgență
- susp. de traumatism prin energie mare, informații neclare
- dureri precordiale pre-existente, amețeli acute, cefalee, diabet
- dureri mari (fără alte criterii de urgență)

8. INTOXICAȚII, COPII

- inconștient în urma intoxicației
- dificultăți în respirații relatate la intoxicație
- ingerarea unor doze periculoase cu simptome precoce
- greutate în deglutiție în urma intoxicației
- paloare, transpirații și obnubilare
- convulsii în urma intoxicației
- informații neclare despre substanțe și simptome

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI

- inconștient mai mult de 5 minute
- dificultăți în respirație în urma unui traumatism cranian
- nivelul conștienței în scădere sau scăzut pentru o perioadă prelungită
- pacient neliniștit, confuz, necontrolabil sau agresiv
- traumă craniană și convulsii
- traumă craniană și paralizie
- palid, transpirat, obnubilat
- strivire sau plagă penetrantă a feței, mandibulei sau a gâtului
- traumă craniană cu alte leziuni semnificative
- pacient carcerat sau blocat
- accident forestier
- cădere peste 4 metri fără alte criterii de urgență
- suspect traumă indusă prin energie mare, informații neclare
- pacient neajutorat, izolat, în risc de hipotermie
- dureri intense nesuportabile

10. HIPO-HIPERTERMIA

- dificultate în respirație cu hipotermie
- neliniștit, confuz sau necooperant cu hipo-hipotermie
- alte leziuni extinse cu hipotermie
- susp. de hipotermie gravă, sub 32 grade
- pacient slăbit cu susp. de hipertermie

11. INCIDENT MAJOR

- incendiu - Explozie
- prăbușire de avion
- accident de tren - tram.
- accident rutier
- dezastru natural
- scăpări de gaze
- accident naval
- atac terorist, război

- alte dezastre
- posibile dezastre sau accidente în masă

12. LEZIUNI CHIMICE

- susp. multiple victime
- inconștient în urma leziunilor chimice
- nivelul de conștiență scăzut în urma accidentului chimic
- greutate în respirație în urma incidentului chimic
- dificultate în respirație în urma accidentului chimic
- palid, transpirat, aproape inconștient
- peste 15% suprafață leziuni cu subst. corosivă la adult
- peste 10% leziuni cu subst. corosivă la copii
- ingestie de subst. alcaloidă la copii
- susp. de leziuni grave. Nu avem informații clare
- incident major
- scăpări de gaze sau pericol de explozie în zonă populată
- accident cu subst. hazardoase implicate
- ingestie de substanțe caustice, antigel, organofosforice

13. ACCIDENT RUTIER

- susp. multiple victime cu leziuni serioase
- inconștient în urma accidentului
- dispnee în urma accidentului
- stare de conștiență în scădere sau obnubilare prelungită
- traumă craniană cu neliniște, agresiv sau convulsii
- palid, transpirat obnubilat
- paralizie în urma accidentului
- strivire sau leziuni penetrante la nivelul capului, al gâtului, al toracelui, al abdomenului sau al coapsei

- leziuni semnificative la nivelul unei sau mai multor părți ale corpului
- fractură de femur, sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau a piciorului
- victimă blocată
- susp. traumă prin energie mare, informații neclare
- accident cu substanțe chimice periculoase
- dureri precordiale, amețeli, cefalee, diabet preexistente
- a fost inconștient dar acum este bine și fără alte criterii de urgență
- durere intensă fără alte criterii aparente de urgență

14. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE

- suspect de afecțiuni severe
- inconștient după violență
- Dispnee după violență
- nivel scăzut al stării de conștiență
- leziuni la nivelul extremității cervico-cefalice, pacient agresiv sau calm
- leziuni la nivelul capului și convulsii
- paralizie după violență
- sângerare incontrollabilă sau paloare, transpirații, aproape de sincopă
- leziuni penetrante sau prin compresiune la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului, coapsei
- leziuni semnificative în două sau mai multe locuri ale corpului
- leziuni severe suspecte, informații neclare

15. ALERGII

- inconștient după reacția alergică
- reacție alergică imediată cu dificultăți respiratorii

- reacție alergică, dificultăți la vorbire și degluțiție
- reacție alergică, edem glotic
- rece și transpirat, aproape de sincopă
- simptome imediate, antecedente de șoc anafilactic

16. SINCOPA

- Inconștient, obnubilat
- inconștient, respirație anormală
- căderea nivelului de conștiență sau prelungirea perioadei cu nivel scăzut al conștienței
- antecedente neclare de boală sau inconștiență
- aproape de sincopă, palid și transpirat
- cefalee intensă acută anormală, pierderea stării de conștiență
- diabetic cunoscut aflat în stare de inconștiență
- sângerare nedatorată unui traumatism, pierderea stării de conștiență

17. SÂNGERAREA

- inconștient și sângerează, cauză netraumatică
- dispnee și sângerare, de cauză nontraumatică
- aproape de sincopă, palid și transpirat
- hematemeză, palid și transpirat
- scaune închise la culoare și tare, pacient transpirat, palid
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare semnificativă
- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare (cantități mici sau mari însoțite de durere)

- sângerare masivă necontrolată

18. DURERI TORACICE

- inconștient după durere toracică
- dispnee și durere toracică
- durere toracică tipică în infarctul de miocard
- durere toracică, palid și transpirat
- durere toracică aproape de sincopă
- suspectarea unor probleme cardiace severe, persoana care face apelul nu se află lângă pacient

19. DIABET ZAHARAT

- cunoscut diabetic aflat în stare de inconștiență
- diabetic cunoscut, dispneic
- diabetic cunoscut, prezintă convulsii
- diabetic cunoscut cu dureri toracice severe

20. TEMPERATURĂ

- inconștient, temperatură crescută
- pacient slăbit, temperatură și dispnee marcată
- motiv pentru suspectarea unei stări septice sau meningită
- pacient slăbit, temperatură, dificultăți la degluțiție și sialoree (suspect epiglotită)

21. AVC (APOPLEXIE)

- inconștient, suspect de AVC
- dispnee suspect AVC
- convulsii prezente, suspect AVC
- inconștient mai mult de 20 min.
- perioadă lungă cu nivel scăzut al conștienței, simptomele apoplexiei
- cefalee bruscă, intensă (violentă)
- traumatism cranian recent, simptome de apoplexie

22. CEFALIE

- pacient inconștient cu cefalee care a precedat starea de inconștiență

- cefalee și dispnee marcată
- cefalee și scăderea nivelului de conștiență
- cefalee intensă cu paralizie sau dificultăți de vorbire
- cefalee și temperatură mare, redoare de ceafă, slăbiciune, posibil eritem
- cefalee severă și convulsii

23. CONVULSII

- nu respiră normal după convulsii
- convulsii pentru prima oară, inconștient
- convulsii în derulare, mai mult de 5 min.
- pacient obnubilat între convulsii frecvente
- obnubilat 20 de min. după convulsii
- însărcinată cu convulsii
- diabetic cu convulsii
- convulsii după leziune craniană recentă
- convulsii în derulare, concomitent supradoză de medicamente
- convulsii în derulare, concomitent abuz de narcotice
- eritem, febră și convulsii

24. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE

- inconștient după criză de dureri abdominale sau de spate
- dispnee cu durere abdominală sau de spate
- aproape sincopă, nivel scăzut de conștiență
- durere intensă abdominală sau de spate, palid și transpirat sau aproape de sincopă
- pacient peste 50 de ani cu debut brusc
- vomită sânge, palid și transpirat sau aproape de sincopă
- scaune tari și închise la culoare, palid și transpirat sau aproape de sincopă
- femeie, însărcinată cu dureri abdominale acute, în flancul inferior
- palid și transpirat sau aproape de sincopă

25. PSIHIATRIE/SUICID

- inconștient după tentativă violentă de suicid
- inconștient, obnubilat după supradoză/intoxicație
- dispnee (fără suspiciune de hiperventilație)
- cel care sună sau aparținătorii se simt amenințați de pacient
- tentativă serioasă cu violență de suicid
- supradoză/intoxicație sau simptome serioase

26. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)

- inconștient nu respiră normal
- pacient slăbit, dispnee
- palid și slăbit, aproape de sincopă
- dispnee, dureri toracice constrictive
- criză de astm, nu se îmbunătățește starea cu medicație
- dispnee, nu poate vorbi coerent
- copil sub 12 ani, în poziție șezândă, cianotic
- slăbit, pacient febril cu dificultăți la înghițire sialoree (suspect epiglotită)
- suspect de corp străin în gât, nu poate vorbi, tușește sau plânge
- leziuni la nivelul toracelui și dispnee
- dispnee moderată - persoană care a născut recent, fractură recentă, membru cu aparat gipsat, spitalizare recentă

27. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE

- inconștient, obnubilat după stare de ebrietate/intoxicație
- dificultăți respiratorii după stare de ebrietate/intoxicație
- persoană care face apelul/aparținătorii se simt amenințați

- supradoză/intoxicație și simptome critice
- palid și transpirat aproape de sincopă
- convulsii care durează mai mult de 5 min
- cocaină sau crack cu dureri toracice
- intoxicație și suspiciunea unor leziuni serioase (în special leziuni ale capului)

28. COPIL BOLNAV

- inconștient, obnubilat (fără convulsii febrile)
- nu respiră
- copil slăbit cu dispnee
- suspiciune de corp străin în gât, nu poate vorbi sau plânge
- slăbit, copil febril, dificultăți la deglutiție, sialoree (posibil epiglotită)
- copil slăbit și iritabil, febră (meningită sau septicemie?)
- convulsii în derulare care durează mai mult de 5 min.
- pacient obnubilat după 20 de minute, sau se suspectează convulsii febrile

29. URECHEA

- inconștient, nu respiră normal
- leziune la nivelul urechii, nivel al stării de conștiență scăzut
- amețeală, nivel scăzut al stării de conștiență
- amețeală, paralizie
- amețeală, dureri toracice
- amețeală, palid și transpirat

30. OCHIUL

- inconștient după ce a acuzat probleme de vedere
- dispnee și tulburări ale vederii
- inconștient mai mult de 5 minute după producerea leziunii
- leziune a ochiului și scăderea nivelului stării de conștiență

B. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

- copilul s-a născut, mama și copilul par bine
- mai puțin de 2 minute între contracții la prima naștere
- mai puțin de cinci minute între contracții (după prima naștere)
- membrane rupte (copil în poziție normală)
- senzația mamei de împingere cu copilul cunoscut în poziție normală
- durere severă, pacientă slăbită (nu este însărcinată)
- traumatism abdominal în sarcină, fără contracții sau sângerare, pacienta nu prezintă

alte probleme vitale

- durere abdominală moderată la pacientă cu peste 20 săptămâni de sarcină
- sângerare minimă, sarcină peste 20 de săptămâni
- preeclampsie în antecedente, cefalee
- sângerare mai mare de trei tamponae/oră, altfel bine și nu prezintă semne de șoc

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

- febră și nivel de conștiență alterat însă nu inconștient
- febră și erupții cutanate
- episoade sincopale repetate
- amețeală cu debut brusc, slăbiciune
- pacient slăbit, informații neclare

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

- a fost inconștient, recuperează treptat
- mai puțin de 20% suprafață arsuri/leziuni corozive fără implicarea capului/feței (adultți)

- mai puțin de 10% suprafață arsuri/leziuni corozive fără implicarea cap/față (copil sub 10 ani)

- corozive în ochi

- poliția sau pompierii cer un echipaj de asistență, necunoscându-se dacă sunt victime

- cădere de la înălțime sub 4 metri, pacient conștient fără semne de traumatism grav

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ

- pacient conștient fără dificultate în respirație

- leziuni aparente minore

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE

- tuse severă după scufundare, hipotermie ușoară

6. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE

- mușcătură de viperă fără simptome generale

- înțepătură de insectă de peste o oră cu simptome generale fără semne de șoc

- mușcătură de animal în regiunea feței sau gâtului fără afectarea respirației sau a stării de conștientă

- hemoragie controlată după mușcătură

7. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE

- o singură fractură sub genunchi

- fractura antebrăului

- susp. fractură col de femur

- sângerare controlată

- cădere de la 3 - 4 metri (fără alte criterii de urgență)

- dureri moderate (fără alte criterii de urgență)

8. INTOXICAȚII, COPII

- ingestia recentă a unor doze periculoase, fără alte criterii de urgență

- alcaloid sau acid în gură, fără alte criterii de urgență

- ingestie de derivate petroliere cu simptome minore

- ingestie de nicotină fără alte criterii de urgență

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI

- a fost inconștient, acum mai bine

- leziuni faciale semnificative fără alte criterii de urgență

- sângerare controlată

- cădere 3 - 4 metri fără alte criterii de urgență

- dureri moderate fără alte criterii de urgență

- antecedente de dureri precordiale, amețeli acute, cefalee, diabet

10. HIPO-HIPERTERMIA

- susp. hipotermie moderată, fără alte criterii de urgență

- susp. hipotermie moderată cu alte leziuni limitate

- degerătură localizată

- pacient altfel sănătos cu susp. de hipertermie

11. LEZIUNI CHIMICE

- leziune caustică la nivelul gurii la adult, fără alte criterii de urgență, vorbește clar, nerăgușit

- sub 15% arsuri sau leziuni corosive la adult, fără alte criterii de urgență, fără cap/față

- sub 10% arsuri sau leziuni corosive la copil, fără alte criterii de urgență, fără cap/față

- leziune corosivă oculară

- ingestie de derivate petroliere fără alte semne de urgență

- inhalare de gaze sau de subst. chimice fără alte criterii de urgență

- poliția, pompierii cer sprijin logistic fără să se știe dacă sunt victime

12. ACCIDENT RUTIER (PACIENTUL SE AFLĂ LA DISPENSAR sau într-o instituție medicală)

- fractură izolată a antebrăului sau sub niv. genunchiului fără alte leziuni. Situația confirmată de persoană autorizată

- susp. fractură col de femur

- leziuni faciale minore fără alte criterii de urgență

- sângerare controlată fără alte criterii de urgență. Situația confirmată de persoană autorizată

- durere moderată fără alte criterii de urgență

- poliția, pompierii cer sprijin fără a se ști dacă sunt victime, DISTANȚA MICĂ permite cererea unui sprijin rapid.

13. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE

- leziuni faciale fără alte criterii de urgență

- leziuni produse prin înjunghiere, armă de foc sau prin compresiune sub nivelul cotului sau treimea superioară a gambei

- fracturi ale membrelor superioare sau fracturi sub nivelul genunchiului (o singură fractură)

- leziuni minore cauzate de arme

- pacientul a fost inconștient, își revine treptat

- sângerare controlată (fără alte criterii de urgență)

- durere severă

- victimă a abuzului sexual (fără alte criterii de urgență)

- victimă a violenței cu reacție psihică acută

- asistență la cererea poliției

14. ALERGII

- reacție acută, fără afectarea respirației sau a stării de conștiență

- antecedente de șoc anafilactic, expunere fără simptome

15. SINCOPA

- Paralizie, slăbiciune sau dificultăți de vorbire, trezibil

- episoade severe sincopale în ultimele 24 h, trezibil momentan și fără alte simptome

- pierderea pasageră a nivelului de conștiență după traumatism cranian

- pierderea pasageră a nivelului de conștiență și suspect de ingestie de droguri/alcool

- suspect de convulsii febrile, recuperează

- pierdere pasageră a stării de conștiență cu dureri toracice sau palpitații, în revenire

16. SÂNGERAREA

- sângerare limitată necontrolată

- hematemeză, fără semn de șoc

- scaune tari, închise la culoare

- sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare minoră

- sângerare vaginală, mai mult de trei tampoane/oră, fără semne de șoc

- hemoragie nazală incontrollabilă

17. DURERI TORACICE - CODUL GALBEN sau roșu se evaluează individual

- durere toracică, greață

- durere toracică, tahicardie

- durere toracică, atipică IM, în plină sănătate

- antecedente de angină, efect pe termen scurt la NTG

- debut brusc de tahicardie, fără dureri toracice

18. DIABET ZAHARAT - CODUL GALBEN sau roșu se evaluează individual

- nivel scăzut al stării de conștiență, incapabil de a ingera lichide

- palid, transpirat, aproape de sincopă

- comportament anormal sau neobișnuit

- cunoscut diabetic, 55 obosit sau starea generală evident alterată

- diabetic aflat pe tratament cu tablete, cu nivel scăzut al glicemiei, recuperează

- temperatură sau alte simptome generale (întotdeauna cod galben decât dacă se suspicionează infarct)

19. TEMPERATURĂ

- temperatură, pacient cu răspuns imunitar deficitar
- pacient slăbit cu temperatură și simptome neclare
- pacient diabetic cu temperatură

20. AVC (APOPLEXIE)

- hemiplegie, altfel fără probleme
- slăbiciune bruscă și amorțeală la nivelul membrelor superioare și inferioare
- dificultăți acute în vorbire
- diabetic și simptomele apoplexiei
- AVC, pacienți internați la azile de bătrâni

21. CEFALÉE

- cefalee intensă acută, descris ca o durere nemaiavută până acum
- cefalee cu intensitate crescândă la mai puțin de 12 ore de la producerea leziunii la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral, fără alte criterii de urgență
- sarcină cu creșterea în intensitate a cefaleei fără alte criterii de urgență
- pacient cu operație de șunt, cefalee agravată, fără alte criterii de urgență
- pacient slăbit, cefalee neclară

22. CONVULSII

- trezibil după 20 min. după convulsii
- recuperează după convulsii
- convulsii, concomitent abuz îndelungat de alcool

23. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE

- dureri puternice suportabile fără alte criterii de urgență
- dureri constrictive în flancul sau în regiunea lombară, nevoie de a se mișca
- vomismente ca zățul de cafea
- femeie, însărcinată, cu dureri acute abdominale în flancul inferior, fără sângerare

24. PSIHIATRIE/SUICID

- confuzie instalată brusc și comportament anormal fără funcții vitale afectate cu starea de conștiență păstrată
- zgârieturi la nivelul încheieturii mâinii, sângerare controlabilă
- amenințare serioasă de suicid
- posibilă supradoză/intoxicație fără simptomatologie care denotă amenințare de funcții vitale

- delirium tremens

- apel la cererea poliției/fără persoane în pericol vital

- pacientul dorește să vorbească cu un medic

25. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)

- dispnee, fără motiv clar, fără cianoză, transpirații etc.

- dispnee, altfel bine

- sughiț, tuse uscată, altfel bine

- suspect corp străin în gât, poate vorbi, tușește și/sau plânge

26. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE

- posibilă supradoză/intoxicație fără simptome critice/funcții vitale amenințate

- delirium tremens

- convulsii, terminate acum

- apel la cererea poliției

27. COPIL BOLNAV

- dispnee, dar în general bine

- copil agitat, cu temperatură

- copil slăbit, cu debut rapid al bolii
- copil slăbit, simptome neclare
- convulsii instalate pentru prima oară, acum trezit
- temperatură înaltă (peste 40 grade) la un copil mai mic de 2 luni (poate fi încadrat și sub roșu)

- diabet și temperatură (cu excepția obișnuitei răceli)

28. URECHEA

- leziuni majore în sau în jurul urechii fără un nivel scăzut al stării de conștiență
- scurgerea de lichid clar sau sânge din ureche după un traumatism cranian însă pacientul este conștient și nu prezintă alte simptome sau probleme

29. OCHIUL

- leziuni majore, izolate ale ochiului, fără scăderea nivelului stării de conștiență
- leziuni corozive la ochi
- dureri acute în ochi, pacient slăbit (glaucom acut?)
- ingerare de metanol sau etilen glicol
- tulburări de vedere, fără un motiv aparent

C. Lista cuprinzând urgențele medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultații de urgență la domiciliu decontate de casele de asigurări de sănătate

1. OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE

- mai mult de 2 minute între contracții (prima naștere)
- mai mult de 5 minute între contracții (la a II-a, III-a naștere)
- sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
- dureri abdominale și temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
- dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
- dureri neobișnuite, fără sarcină, fără slăbiciune

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ

- febră
- amețeli dar nu slăbiciune
- simptome neclare, dar nu slăbiciune
- probleme psiho/sociale

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE

- arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conștient, nu este cunoscut cardiac
- arsuri minore
- cădere de la o înălțime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conștient fără semne de leziuni grave

- implicat în accident/incident fără simptome

4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE

- pacient conștient fără dificultăți în respirație sau alte simptome
- leziuni minore după scufundare

5. MUȘCĂTURI DE ANIMALE/ÎNȚEPĂTURI DE INSECTE

- înțepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
- înțepătură cu reacție locală puternică fără reacție generală
- mușcătură de animal cu leziune tegumentară

6. CĂDERI ȘI ALTE ACCIDENTE

- Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgență)
- Plăgi și contuzii, leziuni minore
- Implicat în accident, fără simptome

7. INTOXICAȚII, COPII

- Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanțe periculoase
- Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgență

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEȚEI ȘI ALE GÂTULUI

- Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgență
- Plăgi, contuzii, leziuni minore
- Implicat în accident fără semne sau leziuni

9. HIPO-HIPERTERMIA

- Hipotermie ușoară fără alte simptome
- Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine

10. LEZIUNI CHIMICE

- Leziuni minore prin corosive
- Implicat în accident, fără alte simptome, semne

11. ACCIDENT RUTIER (Pacientul se află la dispensar sau văzut deja de medic)

- Plăgi, contuzii, leziuni minore (confirmat de medic sau personal sanitar calificat)
- Implicat în accident fără alte simptome sau semne
- Implicat în accident în ultimele 24 ore, acum acuză dureri sau vrea să fie consultat de medic

12. VIOLENȚĂ; AGRESIUNE

- leziuni minore neproduse de arme
- victimă a violenței, nu sunt leziuni evidente, fără reacție psihică

13. ALERGII

- prurit și eritem
- reacție alergică cu durată mai mare de 30 min. după expunere
- îngrijorare în privința reacției alergice, fără simptome în prezent

14. SINCOPA

- lipotimie, bine acum
- suspect sincopă la NTG, acum bine
- aproape de sincopă, bine acum
- cunoscut epileptic, tendință la sincopă, recuperează

15. SÂNGERAREA

- sarcină sub 20 de săptămâni, sângerare, dureri asemănătoare celor menstruale
- fără sarcină, sângerare vaginală anormală, altfel bine
- hematurie
- epistaxis minor
- sângerări repetate la pacienți aflați sub tratament cu anticoagulante, altfel bine

16. DURERI TORACICE

- durere la respirație sau exerciții, în plină sănătate
- aritmie cardiacă, simte că se pierde bătăi ale inimii, altfel bine

17. DIABET ZAHARAT

- temperatură, fără alte simptome generale
- infecție localizată, fără alte simptome generale
- pacient cunoscut cu nivel crescut al glicemiei, fără simptome
- pacient diabetic, insulino-dependent, alert după ingerare de zahăr

18. TEMPERATURĂ

- gripă sau răceală
- roșu în gât, altfel bine
- temperatură, altfel bine
- tuse, altfel bine

19. AVC (APOPLEXIE)

- paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă
- paralizie după semne de AVC recuperat acum

20. CEFALÉE

- creștere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice

- antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă
- cefalee (concomitent simptome moderate de greață, sensibilitate la sunet și lumină)
- cefalee fără alte simptome
- suspect sinuzită

21. CONVULSII

- antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
- copil sub șase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează

22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE

- durere nespecifică, altfel bine
- diaree și vomă, altfel bine
- suspect apendicită, altfel bine
- dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat, probleme la urinare
- temperatură, dureri de spate în zona inferioară
- dureri abdominale care durează mai mult de o zi, nu se deteriorează
- dureri constrictive în abdomen, constipație
- dureri de spate

23. PSIHIATRIE/SUICID

- antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută și corespunde antecedentelor)

- gânduri de suicid
- pacient deprimat, fără intenții de suicid
- ingestie de substanțe toxice, în doză minimală
- simptome de abținere (sevrăj)
- atac brusc de agitație motorie cu sau fără dificultăți respiratorii

24. DISPNEE (DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE)

- temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbui
- paretezii sau amorțeală în jurul gurii și a degetelor
- tuse, altfel bine
- suspect corp străin în gât, fără dificultăți respiratorii acum

25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAȚIE

- ingestia de substanță periculoasă în cantități mici fără semne sau simptome
- simptome de sevrăj

26. COPIL BOLNAV

- antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă
- gât roșu, altfel bine
- temperatură, altfel bine
- tuse, altfel bine
- simptomele unei răceli obișnuite
- corp străin în nas sau ureche

27. URECHEA

- dureri în ureche
- secreții din ureche
- leziuni minore la ureche
- amețelă trecătoare, fără alte simptome
- suspect sindrom de hiperventilație
- zgomote în urechi
- corp străin în canalul auditiv

28. OCHIUL

- leziuni izolate minore

- dureri acute în ochi, fără alte simptome
- conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor
- Ochi dureros după privirea unei operațiuni de sudură, albeață

Pentru urgențele medico-chirurgicale (cod verde) din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu unitățile medicale specializate publice și cu unitățile specializate private, consultații de urgență la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

D. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport medical asistat al pacienților:

1. Transportul urgențelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgențelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgențelor apărute ca urmare a acțiunii agenților fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheț), cu excepția accidentelor de muncă;
5. Transportul urgențelor obstetricale și al gravidei în vederea nașterii;
6. Transportul accidentaților în urma unor accidente de circulație;
7. Transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;
8. Transportul copiilor prematuri în condiții corespunzătoare de la locul de naștere la unitățile sanitare de specialitate și de la acestea la domiciliu;
9. Transportul la spital pentru internare sau investigații nou-născutului până la 3 luni și al persoanelor nedeplasabile: asigurații de orice vârstă cu insuficiență motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficiență cardiacă clasa IV - NIHA, bolnavi în fază terminală numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate;
10. Transportul la spital al nou-născutului și al leuzei care a născut la domiciliu;
11. Transportul pacienților internați care se află în stare critică, transferați la un alt spital;
12. Transportul pacienților din unitățile sau compartimentele de primiri urgențe, care nu se află în stare critică, la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparținând unității sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate.
13. Transport pentru transferul interclinic al pacientului critic neinternat care a beneficiat de servicii medicale în UPU/CPU al unui spital la alt spital.

II. Transport sanitar:

14. Transportul de sânge și derivate, țesuturi și organe, precum și transportul primitorului în vederea efectuării transplantului în condiții de urgență de la furnizor/domiciliu către unitatea spitalicească;
15. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condițiile prevăzute de lege;
16. Transportul echipajului de consultații de urgență la domiciliu și, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistență medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

III. Transport sanitar neasistat al pacienților:

17. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul

copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu;

18. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputații recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III și IV, insuficiență cardiacă clasa NYHA III și IV, status post revascularizare miocardică (prin by-pass aorto-coronarian) și revascularizare periferică (by-pass aorto-femural etc.), malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) rupte neoperate, malformații vasculare cerebrale (anevrisme, malformații arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate și care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenționale, pot fi transportați inclusiv în alt județ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat contract; transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară din care se externează pacientul are încheiat contract de furnizare de servicii medicale, fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare.

19. Transportul de la și la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurări de sănătate unităților specializate private în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct. 16, 17, 18 și 19 cu condiția ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătății, precum și cele de evaluare.

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calității de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B, C și D.

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale în asistența medicală de urgență și transport sanitar pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

Persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B, C și D.

ANEXA 21 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare pentru serviciile medicale de urgență

1. Ștutul de personal.
2. Execuția bugetului instituției sanitare publice la data de 31.12.2010.
3. Ultima formă a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2010, valabilă la 31.12.2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Fișa de fundamentare a tarifului pentru anul 2011 pe elemente de cheltuieli*)

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificație bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizații de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanță	10.01.09	
Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	10.01.12	
Indemnizații de delegare	10.01.13	
Indemnizații de detașare	10.01.14	
Alocații pentru locuințe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuții	10.03	
Contribuții de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuții de asigurări de șomaj	10.03.02	
Contribuții de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuții de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale	10.03.04	
Contribuții pentru concedii și indemnizații	10.03.06	
Contribuții la fondul de garantare a creanțelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ȘI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri și servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curățenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat și forță motrică	20.01.03	
Apa, canal și salubritate	20.01.04	
Carburanți și lubrifianți	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poșta, telecomunicații, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale și prestări servicii pentru întreținere cu caracter funcțional	20.01.09	
Alte bunuri și servicii pentru întreținere și	20.01.30	

funcționare		
Reparații curente	20.02	
Medicamente și materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanți	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detașări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detașări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărți, publicații și materiale documentare	20.11	
Consultanță și expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecția muncii	20.14	
Comisioane și alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol și reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acțiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea unităților de asistență medico-sociale	51.01.38	
Aparatură și echipamente de comunicații în urgență	51.01.08	
Transferuri pentru reparații capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanțarea investițiilor spitalelor	51.02.12	

*) Se completează pentru fiecare compartiment pentru care plata se face prin tarif pe solicitare.

NOTĂ:

Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activității proprii.

ANEXA 22

**MODALITATEA DE PLATĂ
a serviciilor medicale de urgență și transport sanitar**

ART. 1 Serviciile medicale de urgență și transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate cuprinse în anexa nr. 21 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale. La contractare se vor avea în vedere următorii indicatori cantitativi:

- numărul de kilometri echivalenți pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural sau numărul de mile marine;
- numărul de solicitări.

ART. 2 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unitățile medicale specializate publice autorizate și evaluate reprezintă bugetul global și se stabilește astfel:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule, suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, în vederea acoperirii cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină;

b) pentru serviciile medicale de urgență - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat, înmulțit cu coeficientul corespunzător timpilor de așteptare contractat. Coeficientul corespunzător timpilor de așteptare contractat - C1 - este egal cu "1" și corespunde timpului mediu de așteptare dintre două solicitări. Tariful pe solicitare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 7 alin. (3).

1. Pentru urgențele medico/chirurgicale efectuate cu autovehicule, tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate, pe fiecare tip de autovehicul prevăzut la art. 6 se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport).

Tariful pe solicitare negociat va avea în vedere și frecvența solicitărilor, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare. Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 7 alin. (3).

2. Tariful pe solicitare pentru serviciile efectuate cu mijloace de intervenție/transport pe apă se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de

transport). La negocierea tarifului pe solicitare, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere și frecvența solicitărilor. Tariful pe solicitare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 7 alin. (3).

Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 7 alin. (3);

c) pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport suma contractată se stabilește astfel:

1. pentru consultațiile de urgență la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente medicamentelor și materialelor sanitare necesare intervențiilor de urgență, precum și a celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență. Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între furnizorii publici și privați și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 7 alin. (4). Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu toți furnizorii.

Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 7 (1), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

3. Pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport se stabilește astfel:

1. pentru consultațiile de urgență la domiciliu - solicitări, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate și furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepția celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreținerea și repararea mijlocului de transport) și a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situația în care consultația de urgență la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanență. Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu se negociază între furnizorii publici și privați și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 7 (4). Tariful minim

negociat devine tariful la care se contractează consultațiile de urgență la domiciliu cu toți furnizorii.

Tariful pe solicitare se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizați, în limita sumelor aprobate pentru această destinație, în aceleași condiții ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenți (dus-întors) pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori și casele de asigurări de sănătate. Acest tarif se stabilește în limita tarifului maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la [art. 7 \(1\)](#), astfel încât la unitățile la care se înregistrează timpi de așteptare mai ridicați, respectiv distanțe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de așteptare.

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulțit cu tariful negociat pe milă marină.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică și în zilele de sărbători legale medicul care acordă servicii medicale de urgență poate elibera certificate constatatoare de deces în condițiile prevăzute de lege, cu excepția situațiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unitățile medicale specializate publice și unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre și pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face lunar. Trimestrial se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar efectuate de unitățile medicale specializate publice:

a) pentru serviciile de transport cu autovehicule decontarea serviciilor medicale de urgență și transport sanitar se face lunar, în raport cu numărul de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural și tarifele pe kilometru negociate, în limita sumelor contractate.

În situația în care numărul total de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de așteptare mai mari decât cei avuți în vedere la contractare, suma de decontat se stabilește astfel:

Numărul de kilometri efectuați x tariful negociat + (Numărul de kilometri contractați - Numărul de kilometri efectuați) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare.

Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare sunt prevăzuți la art. 7 (2).

În situația în care numărul total de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural este mai mare sau egal cu cel contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

b) Pentru serviciile de transport pe apă decontarea lunară se face în funcție de numărul de mile marine efectiv parcurse și tarifele negociate, în limita sumelor contractate.

În situația în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mic decât cel contractat ca urmare a înregistrării unor timpi de așteptare mai mari decât cei avuți în vedere la contractare, suma de decontat se stabilește astfel:

Numărul de mile marine efectiv parcurse x tariful negociat + (Numărul de mile marine contractat - Numărul de mile marine efectiv parcurse) x tariful negociat x coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare.

Coeficientul de ajustare corespunzător timpilor de așteptare reprezintă ponderea tuturor cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină mai puțin cheltuielile cu combustibilul din totalul cheltuielilor avute în vedere la stabilirea tarifului pe milă marină.

În situația în care numărul de mile marine efectiv parcurse este mai mare sau egal cu numărul de mile marine contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

c) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural (indiferent de tipul autovehiculului folosit), respectiv numărul total al milelor marine parcurse, de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

d) Pentru serviciile medicale de urgență - solicitări decontarea lunară se face în funcție de numărul de solicitări realizat înmulțit cu tariful pe solicitare negociat și cu coeficientul C2, în limita sumelor contractate.

C2 reprezintă coeficientul corespunzător timpilor de așteptare realizați obținut ca raport între timpii de așteptare realizați și timpii de așteptare contractați.

Numărul de solicitări realizat, rezultat din calcul, nu poate fi mai mare decât numărul de solicitări, care se obține astfel: Numărul de solicitări contractat/C2.

În situația în care numărul de solicitări realizat este mai mare sau egal cu numărul de solicitări contractat, decontarea lunară se face în limita sumelor contractate.

e) În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar efectuate de unitățile medicale specializate publice și de unitățile specializate autorizate și evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenți parcurși pentru mediul urban și cu numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, și tarifele negociate, precum și cu numărul de solicitări realizate și tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situația în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% față de cel contractat) numai dacă depășirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenți parcurși pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizați pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depășirea este justificată (dar nu mai mult de 21% față de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgență și de transport sanitar aprobată pentru această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situația în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor rezolvate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate și la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților specializate autorizate și evaluate private solicitările pentru consultații de urgență la domiciliu și numărul de kilometri efectuați pentru tipul de transport prevăzut la litera C pct. II poziția 16 și pct. III din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat și au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

(4) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de urgență și transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând serviciile medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 6 Mijloacele specifice de intervenție destinate asistenței medicale de urgență și de transport sanitar:

a) ambulanță tip C1, C2, B1 - ambulanță destinată intervenției medicale de urgență la cel mai înalt nivel și transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanță tip B2 - ambulanță destinată intervenției de urgență și transportului medical asistat al pacienților;

c) ambulanțe tip A1, A2 - ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) autoturisme de transport și intervenție în scop medical, pentru medicii care acordă consultații de urgență la domiciliu;

f) mijloace de intervenție/transport pe apă - ambarcațiuni pentru intervenții primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 7 (1) Tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru:

a) ambulanță tip C1, C2, B1, B2, A1 și A2 lei

b) autoturisme de transport pentru consultații de urgență la domiciliu și autovehicule destinate transportului sanitar neasistat lei

Tarifele de la lit. a) - b) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Numărul de km echivalenți se stabilește conform reglementărilor legale în vigoare.

(2) Coeficienții de ajustare corespunzători timpilor de așteptare:

- a) ambulanță tip C1, C2, B1 0,82
 b) ambulanță tip B2 0,81

(3) Tarif maximalul decontate de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări – situații de urgență lei

(4) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări – consultații de urgență la domiciliu lei

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice și unităților specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de urgență și transport sanitar, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităților medicale specializate publice și unităților specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 24

PACHET

de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respirație
2	Măsurarea parametrilor fiziologici: puls + TA
3	Măsurarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun
4	Administrarea medicamentelor intramuscular*/subcutanat*/intradermic*/oral**)/pe mucoase**)
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*)
6	Sondaj vezical la femei și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*)
8	Recoltarea produselor biologice
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică și educarea asiguratului/apartinătorilor
10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicații medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc și a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: schimbarea poziției, tapotaj, fizioterapie respiratorie
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
17	Îngrijirea escarelor multiple
18	Îngrijirea stomelor

19	Îngrijirea fistulelor
20	Îngrijirea tubului de dren
21	Îngrijirea canulei traheale și instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale
23	Aplicarea**) de ploscă, bazinet, condom urinar
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbția urinei***)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea și aplicarea un plan de îngrijiri în controlul durerii și altor simptome asociate bolii și reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilității, a capacității de auto-îngrijire, a riscului de apariție al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriționale și recomandarea dietei și modul de administrare, implementarea intervențiilor stabilite în planul de îngrijiri și reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem și contenție elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicație prin nebulizare
33	Aspirație gastrică
34	Aspirație căi respiratorii

*) În afara injecțiilor și perfuziilor cu produse de origine umană.

**) Pentru pacienții parțial sau total dependenți.

***) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi pentru asigurații parțial sau total dependenți.

NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 - 34 se contractează cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

2. Serviciile de la punctele 1 - 24 se contractează cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu

3. Serviciile de la punctele 25, 27 - 34 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

4. În tarife sunt incluse și costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu.

ANEXA 25

CONDIȚIILE

acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu și modalitățile de plată ale acestora

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alții decât medicii de familie și spitalele, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de gradul de dependență al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 la ordin, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și gradul de dependență al acestuia cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asigurații cu afecțiuni oncologice sau AVC, numai ca o consecință a consultației medicale raportate și validate de casa de asigurări de sănătate. În funcție de gradul de dependență, bolnavul poate fi:

a) total dependent - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijire medicală;

b) parțial dependent - pacientul care nu poate îndeplini cel puțin două activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;

c) independent - pacientul care îndeplinește activitățile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane dar care, datorită afecțiunii cronice acutizate, necesită următoarele servicii de îngrijire medicală la domiciliu: îngrijirea stomelor, îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgii postoperatorii și tratament parenteral.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire). Fiecare episod nou de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;

- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

- durata medie a episoadelor de îngrijiri medicale de îngrijiri la domiciliu efectuate și raportate cu încadrarea în prevederile alin. (3), nu poate depăși 70% din numărul maxim de zile pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în ultimele 11 luni.

(5) În situația în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de

sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv vineri, sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

ART. 4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate și evaluate în condițiile legii, pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alții decât medicii de familie și spitalele, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înțelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative și asistenți medicali absolvenți ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calității serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezența unui medic cu atestat în îngrijiri paliative și a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât și pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcționa și alt personal: psihologi, kinetoterapeuți, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraților eligibili. Sunt considerați eligibili, pacienții cu afecțiuni oncologice și cei cu HIV/SIDA, cu speranță limitată de viață și cu grad parțial sau total de dependență.

(4) Gradele de dependență sunt definite la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialități oncologie și boli infecțioase, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este ... lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viață. În situația în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative și asistentul medical care funcționează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv vineri, sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabilește pe baza evaluării inițiale a pacientului și este revizuit în funcție de necesitățile pacientului sau cel puțin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 27 B.

Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);
- durata medie a episoadelor de îngrijiri paliative efectuate și raportate cu încadrarea în prevederile art. 5 alin. (3), nu poate depăși 80% din numărul maxim de zile pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

În situația în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul dorește să renunțe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (2).

ART. 7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic. Un exemplar împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului și certificatul de naștere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea și recomandarea primită, într-un interval de 3 zile lucrătoare de la data depunerii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinație. La analiza cererilor și recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare gradul de dependență al asiguratului și numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depășească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării și, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate și care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum și evoluția stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală factura lunară însoțită de copiile fișelor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu și desfășurătorul în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcție de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat și validat conform normelor, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat și de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, valabil la data emiterii deciziei.

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și asigurarea accesului asiguraților la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asigurați.

(2) Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de dependență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 27 A.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În situația în care, un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 27 A - model -

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul precum și prevederile Ordinului nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP, actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu/medicul de specialitate din spital, dr., din unitatea sanitară, gradul de dependență al asiguratului, declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că afecțiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. /data

DECIDE

ART. 1 Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....

.....

pentru zile, în intervalul (zi/luna/an - zi/ luna/ an) pentru numitul cu diagnosticul de

ART. 2 Tariful pe o zi de îngrijire suportat de către Casa de Asigurări de Sănătate este: lei.

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de 30 de zile calendaristice de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Data astăzi

Președinte-Director General,
Viza CFP Viza juridic-contencios

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

ANEXA 27 B
- model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu
Nr. Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate
Numele și prenumele asiguratului
CNP asigurat
Diagnostic medical
Diagnostic boli asociate

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- A - Data efectuării serviciilor
- B - Nume prenume evaluator
- C - Semnătura evaluator

Evaluare inițială	Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data | B | C							
Re-evaluare	Problema (actuală/potențială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data | B | C							

Sănătății secțiilor sanatoriale balneare și de preventoriile cu sau fără personalitate juridică cu casele de asigurări de sănătate se stabilește pe baza următorilor indicatori specifici:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, și preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate conform legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii unității de recuperare-reabilitare prin ordin al ministrului sănătății;

c) nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor stabilit prin ordin al ministrului sănătății;

d) număr de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor;

e) durata de spitalizare optimă sau, după caz, durata efectiv realizată; pentru situațiile la care este prevăzută durată optimă se va lua în calcul durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durată optimă.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat ;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2010.

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare-reabilitare încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, și preventoriile, precum și suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitalicești pentru secțiile sanatoriale se stabilește prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total și pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază și nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

Unitatea sanitară

Tarif maximal - lei

Sanatorii:

- balneare
- de recuperare-reabilitare:
 - o
 - o

.....

.....

Preventorii

.....

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată și decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuția personală a asiguraților.

Contribuția personală a asiguraților reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare, în funcție de tipul de asistență balneară și de durata tratamentului:

Tipul de asistență balneară	Durata*)	Contribuția asiguratului
1. Asistență balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18 - 21 de zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistență balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21 - 30 de zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suportă în întregime de către asigurați. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale și pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 de zile, conform aceluiași procent. Contribuția asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuție, și reprezintă venit propriu al unității sanitare.

În sanatoriile balneare, pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, partea de contribuție personală a asiguratului se suportă din fond.

Pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății acordate în alte sanatorii decât cele balneare și în preventorii nu se percepe contribuție din partea asiguraților.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii/sectiile sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat și cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare efectuate în sanatorii/sectii sanatoriale din spitale pentru adulți și copii, inclusiv cele balneare, precum și în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinația servicii medicale de recuperare-reabilitare în unități sanitare cu paturi.

ART. 3 Asigurații suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare și/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce privește cazarea, se înțelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare și fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiționat și altele asemenea), iar în ceea ce privește masa, cea acordată la nivelul alocației de hrană stabilită prin acte normative. Contribuția personală a asiguraților reprezintă diferența dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, și cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4 Sanatoriile și preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard și masă la nivelul alocației de hrană) pentru însoțitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum și pentru însoțitorii persoanelor cu handicap grav, în condițiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile sunt obligate să suporte pentru asigurații internați toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile contractului-cadru și prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare și preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare și a preventoriilor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri și cheltuieli și, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii și preventorii pe trimestre și luni, cu acordul direcțiilor de sănătate publică sau al ministerului, în funcție de subordonare, și al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării și se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară și regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări și decontări, în limita sumei contractate, în funcție de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuția asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situația în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea și decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepția trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoțite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Pentru spitalele de recuperare și secțiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea și decontarea serviciilor medicale de recuperare-reabilitare se fac în condițiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

ART. 8 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare-reabilitare pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unitățile sanitare de recuperare-reabilitare, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 9 Furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE

a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

ART. 1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripția medicală este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris.

Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studențești ce sunt finanțate din bugetul de stat, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studențești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(4) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor fără contribuție personală se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preț de referință pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cuprinși în unele programe naționale de sănătate pentru care perioada de prescriere a medicamentelor poate fi de până la 90 de zile în conformitate cu prevederile hotărârii de guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010 și a normelor tehnice de realizare a acestora.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90 de

zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(4) Prescripția medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. iar pentru bolnavii incluși în subprogramele din cadrul programului național cu scop curativ finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, numărul medicamentelor prescrise este în concordanță cu schema terapeutică. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

ART. 4 (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Excepție fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Prescrierea medicamentelor antidiabetice orale de către medicii de familie și medicii desemnați se face numai dacă în scrisoarea medicală este prevăzut numărul de înregistrare al asiguratului, cu care acesta este luat în evidență la nivelul unității județene de diabet zaharat, în conformitate cu tratamentul prescris de medicul specialist și evidențiat în scrisoarea medicală.

Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație.

ART. 6 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și unele materiale sanitare

specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor și a materialelor sanitare se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract / convenție medicul prescriptor. Primitorul semnează de primirea medicamentelor și a materialelor sanitare pe prescripția medicală, pe care se menționează numele, prenumele, adresa completă, seria și numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberării.

(2) În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, acestea se anulează în fața primitorului pe toate exemplarele prescripției medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii „anulat”, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicament eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunea C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripției. În cazul în care, medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripției.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist numai pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate, pe toate exemplarele prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează, precum și prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru materialele sanitare.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru care sunt stabilite prețuri de decontare.

ART. 8 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele și materialele sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ, care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai CNAS, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru pentru anul 2011, pentru care se completează prescripții distincte. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor și a materialelor sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru pentru anul 2011, pentru care se completează prescripții distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripțiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate, evidențiate distinct pentru medicamente și pentru materiale sanitare.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Eliberarea medicamentelor și a materialelor sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ prevăzute în Hotărârea de Guvern pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2011 care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, se face prin farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și care încheie în acest sens acte adiționale distincte la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

Actele adiționale se adaptează după modelul de contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, farmaciile înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și/sau materialele sanitare până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente și/sau materiale sanitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripțiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emiteră a acestuia.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART. 14 (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de WEB a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală, în conformitate cu prevederile art. 97 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

b) trimestrial ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea listei de medicamente - denumiri comerciale și a prețurilor maxime;

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru:

- un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru forme farmaceutice asimilabile - pentru medicamentele din sublistele A, B, C – Secțiunile C1 și C3;

Această condiție se aplică numai dacă deținătorul de aprobare de punere pe piață a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puțin 50% din consumul de medicamente din cadrul unui DCI corespunzător anului 2010 și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancțiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

ART. 15 Prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

ART. 16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcției de sănătate publică și ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul șef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului șef;

- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică;

- un medic reprezentant al direcției de sănătate publică;

- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului șef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;

- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabilește criteriile de includere/excludere în/din tratament și aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de așteptare (unde nu există protocoale la nivel național) și punerea în aplicare a acestora în activitatea desfășurată;

- pentru bolile la care există protocoale la nivel național prin care se aplică criteriile de prioritizare întocmește listele de așteptare, dacă este cazul.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi tratați, în funcție de sumele aprobate și costul mediu pe pacient;

- pacienții aflați în tratament și tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2011 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3), în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (3).

(3) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor și a borderourilor centralizatoare.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 32

PACHET SERVICII DE BAZĂ LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE ÎN AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă	Retroauriculară/ Intraauriculară	5 ani
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii specialiști recomandă protezare bilaterală.
2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăți)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăți)
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună
		b) pentru urostomie (flanșă suport și sac colector)	1 set**)/lună

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

***) Un set de referință este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori. În situații speciale, la recomandarea medicului specialist, componența setului de referință poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set de referință.

NOTĂ:

1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.
2. Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.
3. Pentru asigurații cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor specialiști, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăți)
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăți)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăți)
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăți)
5	Benzi intravaginale pentru incontinență urinară		

*) În situații speciale, având în vedere starea fizică, ocupația, gradul de mobilitate a asiguratului și complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist și cu acordul asiguratului consemnat pe prescripția medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât și pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componența setului poate fi modificată în limita prețului de referință decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulația de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convențională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) convențională, din piele	2 ani
		c) geriatrică	2 ani
		d) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulația de genunchi	modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani
		b) combinată	2 ani
		c) din plastic	2 ani
		d) cu vacuum	2 ani
		e) geriatrică	2 ani

		f) modulară	4 ani
		g) modulară cu vacuum	4 ani
6	Proteză de șold	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parțială de bazin hemipelvectomy	a) convențională	2 ani
		b) modulară	4 ani

NOTĂ:

1) Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat și de proteză provizorie.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzută în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parțială de mână	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională	2 ani
2	Proteză de dezarticulație de încheietură a mâinii	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație pasivă	8 ani
		e) funcțională acționată mioelectric cu pro-supinație activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulație de cot	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani

		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
5	Proteza de braț	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulație de umăr	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani
		e) funcțională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputație inter-scapulo-toracică	a) funcțională simplă	2 ani
		b) funcțională acționată pasiv	2 ani
		c) funcțională acționată prin cablu	2 ani
		d) funcțională atipic electric	8 ani

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe	3 ani

		antebraț metalică	
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 și 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni

6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni

3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) Gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de șold		12 luni
6	Orteze șold - genunchi		12 luni
7	Orteze de șold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxații de șold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducție	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susținători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susținători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) și c) se prescriu numai perechi.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

3) * se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de același tip (stânga-dreapta), cu excepția celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

H. Încălțăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE		
C1	C2	C3	C4		
1	Ghete	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
		b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
		e) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
		f) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni		
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni		
		2	Pantofi	a) diformități cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
				b) diformități cu numere mai mari de 23,5	6 luni
				c) amputații de metatars și falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
d) amputații de metatars și falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni				
e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni				
f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni				
g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni				

	h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
--	--	--------

NOTĂ:

- 1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălțăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.
- 2) Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.
- 3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficiențe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	

* Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puțin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)		

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere.

ANEXA 33

MODALITATEA

de prescriere, procurare și decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza prescripției medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal și numai ca o consecință a actului medical raportat și validat de către casa de asigurări de sănătate.

(2) Prescripția medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoțește cererea și se depune la casa de asigurări de sănătate și un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripția medicală trebuie să conțină denumirea și tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa 32 la ordin. Prescripția medicală va conține în

mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripția medicală se află în relație contractuală și numărul contractului.

Prescripția medicală va fi întocmită în limita competenței medicului prescriptor.

(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale sau de dispozitive medicale autorizat și evaluat care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului.

(4) Prescripția medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoțită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenție chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situație medicul care face recomandarea va menționa pe prescripția medicală modul de protezare și tipul protezei definitive. În situații speciale, pentru același segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât și proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii, în cazul pacienților cu stome permanente, medicul va menționa pe prescripția medicală "stomă permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară recomandarea se poate face și de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, în baza scrisorii medicale transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta.

(8) În prescripția medicală se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obținerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidențele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, însoțită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripția medicală pentru dispozitivul medical și declarația pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se atașează prescripția medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, și certificatul de naștere (în copie), cu codul numeric personal - CNP. Copiii se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripțiile medicale își pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripțiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situația pacienților cu stome permanente pentru obținerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripția medicală pe care este completată mențiunea "stomă

permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

ART. 3(1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării și, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinație. Decizia se expediază prin poștă în maximum 2 zile lucrătoare de la emiterea ei. În situația în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depășirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinație permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poștă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripției medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa 35.

(3) Criteriile de prioritate precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență stabilit de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, publicat pe pagina web a acesteia, precum și de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraților, în condițiile art. 117 alin. (2) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr..

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical și se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poștă, și un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală, care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii și incontinență urinară este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru același tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie și proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraților pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăși data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate și furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive și numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripția medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante și aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen

este însoțită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripția medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor prevăzute la alin. (5) și (8). În cazul dispozitivului medical la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înștiințează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4 (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală.

(2) Pentru pacienții cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripția medicală cu mențiunea "stomă permanentă", este necesară obținerea unei alte prescripții medicale cu mențiunea "stomă permanentă" care să însoțească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficiențelor organice sau funcționale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoțită de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele efectuate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparținătorului acestuia (membru al familie – părinte, soț/soție, fiu, fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă, curierat, transport propriu sau închiriat și primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data și locul efectuării, numărul buletinului de verificare metrologică sau al certificatului de etalonare al audiometrului. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii

rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, și de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa și talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor atașa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, și dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior și/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, decontarea se face pentru același furnizor, cumulată pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul prețului de referință valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al prețului de referință al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligația ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunțe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 8 (1) Certificatul de garanție predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricației și, după caz, data expirării; termenul de garanție.

(2) În cadrul termenului de garanție asigurații pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficiențe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată și suportată de către furnizor.

ANEXA 35
- model -

Casa de Asigurări de Sănătate

Decizia nr. din data

Președintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2011 precum și prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011;

Văzând cererea nr. înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate în data de depusă de beneficiar, nume și prenume sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) beneficiar domiciliat în CNP actul nr. prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripția medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale eliberată de medicul specialist dr., din unitatea sanitară, declarația pe proprie răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea președintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr.

DECIDE

ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

.....

.....

pe o perioadă de termen de înlocuire de pentru numitul

ART. 2 Prețul de referință/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate este:

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de zile calendaristice de la data de

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Data azi

Președinte-Director General,

Viza juridic - contencios

Viza CFP

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAȚI AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....
CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL
MEDICAL TIP

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

ANEXA 35A
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ȘI INCONTINENȚĂ URINARĂ NR./.....

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;
- În cazul expedierii prin poștă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35B
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ȘI A APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR./.....

- Prezenta anexă se predă asiguratului împreună cu decizia;
- CAS va ștampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;
- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;
- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume și prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data și semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 38
- model -

Denumire Furnizor

Medic

Contract/convenție nr.

CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că,
născut la data de, CNP, a
fost consultat în serviciul nostru la data de

Motivele prezentării

Diagnosticul:
.....
.....
.....

Anamneza:
- factori de risc

Examen clinic:
- general

- local

Examene de laborator:
- cu valori normale

- cu valori patologice

Examene paraclinice:
EKG

ECO

Rx

Altele

Tratament efectuat:
.....
.....
.....

8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)

NOTĂ:

* În situația în care o persoană prezintă mai multe afecțiuni incluse în listă, evidența va conține raportarea distinctă pentru fiecare afecțiune în parte;

** Evidența cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie și care prezintă una sau mai multe din afecțiunile enumerate;

*** Evidența cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare și care se prezintă pentru consultație la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

ANEXA 39 B

Aviz,
 Direcția de Sănătate Publică
 Director
 Data

Denumirea furnizorului

 Sediul social/Adresa fiscală

DECLARAȚIE DE PROGRAM
 - model -

punct de lucru

Subsemnatul(a), B.I./C.I. seria, nr., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate se desfășoară astfel:

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social									
Punct de lucru*									
.....									

* se va completa în funcție de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situația în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menționează distinct cu programul de lucru aferent

Data

Reprezentant legal
 (semnătura și ștampila)

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Localitatea:

str. nr. tel./fax

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul, cu sediul în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerțului sub nr., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare, tel./fax, cont nr. deschis la și sediul punctului secundar de lucru în, str. nr., bl., sc., et., ap., sector/județ, tel./fax, reprezentat prin în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea încetarea suspendarea

contractului/convenției de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive cu nr. / începând cu data de, având în vedere: (descrierea pe scurt a situației de fapt) și în temeiul dispozițiilor art. nr. din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2011, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr., dispozițiilor art. nr. din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011.

PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL,

Director executiv al
Direcției economice,
.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

DISPOZIȚII GENERALE**ARTICOL UNIC**

Criteriile utilizate pentru monitorizarea privind respectarea modalităților de prescriere, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu au în vedere următorii indicatori:

a) consumul mediu de medicamente/afecțiuni/nr. total de CNP-uri/lună calculat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate;

b) numărul de CNP-uri beneficiare de prescripții medicale înscris la medicul de familie, la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, pentru grupele de afecțiuni avute în vedere pentru calculul indicatorului de la lit. a);

c) consum mediu/medic/CNP/pe prescripție - pentru toate persoanele înscrise pe lista medicului de familie;

d) consum mediu/medic/CNP/prescripție - pentru persoanele înscrise pe lista medicului de familie pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate;

e) numărul de CNP-uri beneficiare de prescripții medicale eliberate de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, pentru grupele de afecțiuni avute în vedere pentru calculul indicatorului de la lit. a);

f) consum mediu/medic/CNP/prescripție - pentru persoanele pentru care medicul de specialitate organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate.

La calculul acestor indicatori se utilizează datele aferente anului 2010.