

GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 386 alin. (5) și (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată și a prevederilor art. 386 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. – Pentru punerea în aplicare prevederilor art. 386 alin. (5) și (6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale, pentru medicii specialiști într-o specialitate clinică din cele prevăzute în anexa nr. 1 prin care aceștia dobândesc dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu - formulare cu regim special unice pe țară.

Art. 2. - (1) Contractul prevăzut la art. 1 se încheie, cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceștia își desfășoară activitatea, sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

(2) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică pe județe, pentru care se încheie contractul prevăzut la art. 1, se stabilește de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor și ai direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare la data încheierii contractului. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. Comisia stabilește numărul necesar de medici și numărul necesar de norme. Pentru specialitățile clinice, prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitățile clinice se ajustează în mod corespunzător. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, reprezentanți ai organizațiilor patronale și sindicale și ai societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice reprezentative la nivel județean, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local.

(3) Comisia prevăzută la alin. (2) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (2), de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar, la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

(4) Medicii specialiști prevăzuți la art. 1 își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat de furnizorul de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta poate încheia un singur contract potrivit art. 1, putând elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau

fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu urmare a acordării consultațiilor aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat. În situația în care un medic are o specialitate/mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu urmare a acordării consultațiilor aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

Art. 3. – Pentru a dobândi dreptul de eliberare a biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, medicii prevăzuți la art. 1 trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- a) să fie membri ai Colegiului Medicilor din Romania - denumit în continuare CMR;
- b) să își desfășoare activitatea la furnizori de servicii medicale autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- c) să își desfășoare activitatea la furnizori de servicii medicale evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sau acreditați potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- d) să nu desfășoare activitate la furnizori de servicii medicale, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;
- e) să își stabilească programul de activitate astfel încât acesta să nu depășească în medie 7 ore/zi la un singur furnizor autorizat; la stabilirea programului de activitate se va avea în vedere asigurarea unui timp mediu/consultație de minimum 15 minute, cu excepția specialității neurologie, inclusiv pediatrică, căreia îi corespunde un timp mediu/consultație de minimum 20 de minute, respectiv specialității psihiatrie, inclusiv pediatrică și pentru medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, căreia îi corespunde un timp mediu/consultație de minimum 30 de minute;
- f) să dețină semnătura electronică extinsă/calificată.

Art. 4. - Modelul de contract privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu este prevăzut în anexa nr. 2.

Art. 5. - Contractul prevăzut la art. 1 se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente care se transmit în format electronic, asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului:

- a) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal, după caz;
- b) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, cu excepția cabinetelor medicale individuale și a societăților cu răspundere limitată cu un singur medic angajat;
- c) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- d) certificatul de membru al CMR, pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- e) autorizația sanitară de funcționare;
- f) dovada de evaluare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului sau dovada de acreditare a furnizorului, precum și a punctului/punctelor de lucru secundare, după caz, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

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

g) dovada înregistrării în Registrul unic al cabinetelor medicale;

h) declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 3;

i) programul de lucru al furnizorului; programul de activitate al medicilor, conform modelului prevăzut în anexa 4.

Art. 6. - Dacă la nivelul casei de asigurări de sănătate sunt înregistrate documentele prevăzute la art. 5, acestea nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

Art. 7. – (1) Pentru persoanele asigurate, eliberarea biletelor de trimitere/prescripțiilor medicale se face, în condițiile hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și a normelor metodologice de aplicare ale acestora, numai în situația în care acestea au beneficiat de serviciile medicale de specialitate acordate de către medicul care eliberează biletul de trimitere/prescripția medicală.

(2) Serviciile medicale de specialitate se acordă de către medicii prevăzuți la art. 1 numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru, precum și a serviciilor de planificare familială, serviciilor medicale în scop diagnostic-caz și a serviciilor medicale acordate de către medicul cu specialitatea medicină de familie.

(3) Medicii de specialitate eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau prescripții medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală numai ca o consecință a consultației medicale raportate la casa de asigurări de sănătate în platforma informatică din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS.

(4) Medicii de specialitate folosesc on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată.

(5) Medicii de specialitate transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale acordate persoanelor asigurate în urma cărora se eliberează bilete de trimitere/prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile alin. (3) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

Art. 8. - (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale se acordă în regim off-line. Transmiterea în PIAS de către medicii prevăzuți la art. 1 a serviciilor acordate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS și a serviciilor acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizori și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării PIAS în perioada de raportare a serviciilor medicale.

Art. 9. - Serviciile medicale acordate off-line la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate se validează strict pentru aceste erori.

Art. 10. - Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, pentru ziua/zilele în care sunt constatate întreruperi în funcționarea oricărei componente PIAS în condițiile art. 8 - 9. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate off-line și/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilității de a utiliza on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS, ca urmare a întreruperii în funcționarea acestuia, și se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 11

(1) În vederea acordării biletelor de trimitere/prescripțiilor medicale persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România dovedesc calitatea de asigurat pe baza documentelor prevăzute la art. 7 din Normele metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Modalitatea electronică de verificare a calității de asigurat se realizează potrivit art. 9 din Normele metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1549/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 12. – Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează și efectuează controlul privind documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, precum și a documentelor care au stat la baza încheierii contractului, necesare actului de control.

Art. 13. - Anexele nr. 1 - 4 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 14. - Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de

PRIM-MINISTRU

Anexa nr. 1

Lista specialităților clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu medicii în vederea recunoașterii biletelor de trimitere pentru specialități clinice, biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice și a prescripțiilor medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

Nr. crt.	Denumirea specialității
1.	Alergologie și imunologie clinică

2.	Anestezie și terapie intensivă
3.	Boli infecțioase
4.	Cardiologie
5.	Cardiologie pediatrică
6.	Chirurgie cardiovasculară
7.	Chirurgie generală
8.	Chirurgie orală și maxilo-facială
9.	Chirurgie pediatrică
10.	Chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
11.	Chirurgie toracică
12.	Chirurgie vasculară
13.	Dermatovenerologie
14.	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
15.	Endocrinologie
16.	Gastroenterologie
17.	Gastroenterologie pediatrică
18.	Genetică medicală
19.	Geriatrică și gerontologie
20.	Hematologie
21.	Medicină internă
22.	Nefrologie
23.	Nefrologie pediatrică
24.	Neonatologie
25.	Neurochirurgie
26.	Neurologie
27.	Neurologie pediatrică
28.	Oncologie medicală
29.	Oncologie și hematologie pediatrică
30.	Obstetrică-ginecologie
31.	Oftalmologie
32.	Otorinolaringologie
33.	Ortopedie și traumatologie
34.	Ortopedie pediatrică
35.	Pediatrie
36.	Pneumologie
37.	Pneumologie pediatrică
38.	Psihiatrie
39.	Psihiatrie pediatrică
40.	Radioterapia
41.	Reumatologie
42.	Urologie
43.	Medicină fizică și de reabilitare
44.	Medicină de familie

Anexa nr. 2

CONTRACT

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, tel./fax, adresă e-mail: reprezentată prin director general,

și
cabinet medical/unitatea sanitară, cod fiscal furnizor, reprezentat/ă prin;
având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresa e-mail, fax

II. Obiectul contractului

Art. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală - formulare cu regim special unice pe țară, persoanelor asigurate, de către medicii de specialitate care nu se afla în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în hotărârea de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și a normelor metodologice de aplicare ale acesteia.

Art. 2. - Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală - formulare cu regim special unice pe țară, se face de către medicii specialiști într-o specialitate clinică, care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale, pentru următoarele specialități:

1. specialitatea....., pentru următorii medici:

1.1 - medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafăgrad profesionalCertificat de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

1.2. - medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafăgrad profesionalCertificat de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

.....

.....

2. specialitatea....., pentru următorii medici:

2.1 - medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafăgrad profesionalCertificat de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

2.2. - medicul (nume, prenume) CNP/cod unic de asigurare cod parafăgrad profesionalCertificat de membru al Colegiului Medicilor din România nr.

.....

.....

III. Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de.....

IV. Obligațiile părților

Art. 3. - Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să informeze medicii prevăzuți la art. 1 din Hotărârea de Guvern nr...../..... cu privire la condițiile în care se eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, biletele de trimitere pentru investigațiile medicale paraclinice și prescripțiile medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu - formulare cu regim special unice pe țară, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și/sau prin poșta electronică;

b) să controleze medicii prevăzuți la art. 1 din Hotărârea de Guvern nr...../..... cu privire la modul de desfășurare a activității ce face obiectul prezentului contract și să înmâneze, la data finalizării controlului,

procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite medicului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

c) să recupereze de la medicii prevăzuți la art. 1 din Hotărârea de Guvern nr...../..... sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale clinice, a investigațiilor medicale paraclinice și/sau a prescripțiilor medicale decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (denumit în continuare Fond), în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii medicale clinice, investigații medicale paraclinice și/sau prescripții medicale la data eliberării biletului de trimitere/prescripției medicale;

d) să recupereze de la medicii prevăzuți la art. 1 din Hotărârea de Guvern nr...../..... sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale clinice, investigațiilor medicale paraclinice și/sau a prescripțiilor medicale decontate din Fond, în situația în care consultația medicală nu este raportată la casa de asigurări de sănătate în platforma informatică din asigurările de sănătate în termenele prevăzute la art. 7 din Hotărârea de Guvern nr...../..... ;

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

f) să țină evidențe distincte ale prescripțiilor medicale eliberate de aceștia;

g) să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor prevăzuți la art. 1 din Hotărârea de Guvern nr...../..... care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 4. - Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și intimitatea acestora; să asigure securitatea datelor cu caracter personal;

c) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării acestuia; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/CNAS documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală decontate din Fond, precum și documente care au stat la baza încheierii contractului, necesare actului de control;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

f) să asigure utilizarea prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie și să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare - în cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

g) să prescrie medicamente cu sau 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, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu, în condițiile și pentru perioadele prevăzute în hotărârea de Guvern prevăzută la art. 1;

h) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală și să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare; să asigure utilizarea formularelor electronice (bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice și paraclinice) de la data la care acestea se implementează;

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

j) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care medicii și furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

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

n) să informeze medicul de familie pe lista căruia este înscris asiguratul, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmește în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conține obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme de aplicare ale Contractului-cadru aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

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

q) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică din asigurările de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică din asigurările de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate persoanelor asigurate în urma cărora se eliberează bilete de trimitere/prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se acordă pe baza

cardului național de asigurări de sănătate/adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) și alin. (1¹) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

r) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale acordate persoanelor asigurate în urma cărora se eliberează bilete de trimitere/prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - altele decât cele transmise în platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile lit. q) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a treia zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislației naționale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situația nerespectării acestei obligații, casa de asigurări de sănătate recuperează de la medic contravaloarea serviciilor medicale, investigațiilor medicale paraclinice acordate și a medicamentelor eliberate în baza biletelor de trimitere/prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu decontate din fond;

s) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ș) să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate, documentele justificative privind activitățile realizate pe toată durata programului de lucru în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate aprobat prin Ordinul președintelui CNAS pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special;

t) să elibereze pentru persoanele asigurate bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, numai ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul; serviciile furnizate vor fi consemnate în documentele medicale primare ale medicului care eliberează biletul de trimitere/prescripția medicală. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale/investigațiilor paraclinice recomandate ce au fost efectuate de alți furnizori în baza acestor formulare, respectiv contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ț) să informeze asigurații cu privire la:

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

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

u) să acorde serviciile medicale de specialitate numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru, precum și a serviciilor de planificare familială, serviciilor medicale în scop diagnostic-caz și a serviciilor medicale acordate de către medicul cu specialitatea medicină de familie; biletele de trimitere se rețin la nivelul furnizorului urmând a fi puse la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la solicitarea acestora;

v) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

w) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

Art. 5. - (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. i), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

Pentru punerea în aplicare a sancțiunii, nerespectarea obligației de la art. 4 lit. i) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(2) Recuperarea sumelor prevăzute la alin. (1) și la art. 4 lit. f), r) și t) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru medicii prevăzuți la art. 1 din Hotărârea de Guvern nr...../..... care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cât și pentru medicii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic.

V. Încetarea și rezilierea contractului

Art. 6. - Prezentul contract se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizației de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 4 lit. a) - h), j) – w) asumate prin prezentul contract;

Art. 7. - Prezentul contract încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

a1) medicul nu mai desfășoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract;

a2) încetare prin desființare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unității sanitare în care își desfășoară activitatea medicul care a încheiat contractul;

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

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile medicului/furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către medic/furnizor sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se dorește încetarea contractului.

Art. 8. - Situațiile prevăzute la art. 6 și la art. 7 lit. a) subpct. a2), a4) și a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situația prevăzută la art. 7 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

VI. Corespondența

ART. 9

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin poșta electronică sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în situația în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți schimbarea survenită cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte.

VII. Modificarea contractului

ART. 10

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezentul contract a fost încheiat astăzi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate

Reprezentant legal:

nume și prenume

semnătura

Director general,

.....

Medic

.....

Director executiv al
Direcției economice,

.....

Director executiv al
Direcției relații contractuale,

.....

Vizat

Juridic, contencios

Furnizor de servicii medicale

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

DECLARAȚIE

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 nu am încheiat contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară / asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice / asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea de medicină fizică și de reabilitare cu:

Casa de asigurări de sănătate / Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București

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

Data

.....

Reprezentant legal:

nume și prenume

semnătura

Denumirea furnizorului

.....

Sediul social/Adresa fiscală

.....

punct de lucru

.....

DECLARAȚIE DE PROGRAM

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 se desfășoară astfel:

I. PROGRAM FURNIZOR

Locația unde se desfășoară activitatea	Adresa/telefon/e-mail	Program de lucru în contract cu casa de asigurări							
		Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social lucrativ									
Punct de lucru/punct secundar 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.

II. MEDICI

Nr. crt.	Nume și prenume	CNP	Certificat membru CMR		Cod parafă	Specialitatea	Specialitatea *)	Atestat **)	Program de lucru
			Data eliberării	Data expirării					

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

**) se completează în situația în care un medic are atât specialitate clinică cât și atestat de studii complementare de îngrijiri paliative

Data
.....

Reprezentant legal:
nume și prenume
semnătura