



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Propuneri si observatii Contract Cadru 2011-2012 aprobat prin HG 1389 din 28 decembrie 2010

Forma actuala	Forma propusa	Observatii
<p>Hotărâre nr. 1389 din 28/12/2010</p> <p>Art. 1. - Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, prevăzut în anexa ce face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare contract-cadru.</p>	<p>Hotărâre nr. 1389 din 28/12/2010</p> <p>Art. 1. - Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011, prevăzut în anexa ce face parte integrantă din prezenta hotărâre, denumit în continuare contract-cadru.</p>	<p>Intenția legiuitorului a fost aceea de a se semna contracte cadru în deplină cunoștință asupra efectelor acestora, de către ambele părți, stabilind în acest sens ca și normele de aplicare să fie aprobate și publicate cu o lună și jumătate înainte de termenul de semnare.</p> <p>Semnarea unui contract pe doi ani cu norme ce se vor modifica în cel de-al doilea an al derulării lui, conduce la modificarea acestei intenții a legiuitorului, nici una dintre părți necunoscând aceste norme pentru anul 2012 la momentul semnării.</p> <p>Contractul multianual poate fi acceptat doar cu condiția precizării “finantarea asistentei medicale primare va tinde spre 12% din FNUASS total, dar nu poate sa scada sub 9% din FNUASS total”, asa cum s-a agreat si la consultarile din 2010.</p>
<p>Art. 2. - (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a Ordinului Biochimistilor, Biologilor și Chimistilor, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>Art. 2. - (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, prin negociere cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimistilor, Biologilor și Chimistilor, precum și organizațiile patronale, profesionale și sindicale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate potrivit negocierii.</p>	

<p>(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.</p>	<p>(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.</p>	
<p>Art. 3. - (1) Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate conform și în limita prevederilor legale în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.</p> <p>(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate calculează o cotă de rezervă de 5% din prevederile aprobate anual prin Legea bugetului de stat pe domeniul de asistență medicală, pe care o reține la dispoziția sa. Această sumă se repartizează caselor de asigurări de sănătate și se utilizează în situații justificate, pe parcursul execuției bugetare, în condițiile stabilite prin norme.</p>	<p>Art. 3. - (1) Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate conform și în limita prevederilor legale în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.</p> <p>(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate calculează o cotă de rezervă de 5% din prevederile aprobate anual prin Legea bugetului de stat pe domeniul de asistență medicală, pe care o reține la dispoziția sa. Această sumă se repartizează caselor de asigurări de sănătate și se utilizează în situații justificate, pe parcursul execuției bugetare, în condițiile stabilite prin norme.</p>	<p>Posibilitățile de distribuire a fondului sunt prevăzute de art 262 din legea 95/2006 și o astfel de rezervă excede posibilităților legale de utilizare a fondului</p>
<p>Art. 4. - Criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților elaborate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobate, în condițiile legii, au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.</p>		
<p>Art. 5. - Condițiile acordării asistenței medicale și criteriile privind calitatea acestora se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât și celor privați</p>		

<p>Art. 6. - (1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate, sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.</p> <p>(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.</p> <p>(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.</p> <p>(4) Totalul angajamentelor legale aferente serviciilor medicale, medicamentelor cu și fără contribuție personală și unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu poate depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an decât cu maximum 5%.</p>	<p>Art. 6. - (1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate, sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni anuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.</p> <p>(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor anuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.</p>	<p>Bugetul și Normele sunt anuale, asadar se semneaza in alb, fara sa poata fi „deposiț” ceea ce ar fi „creditul bugetar” aprobat pentru anul viitor, pe care nu-l cunoaste nimeni.</p>
<p>Art. 7. - (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2011.</p> <p>(2) Până la data prevăzută la alin. (1) se prelungește aplicarea prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, publicată</p>	<p>Art. 7. - (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iunie 2011.</p>	

<p>în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 din 1 aprilie 2010, cu completările ulterioare, cu excepția prevederilor referitoare la programele naționale de sănătate care se abrogă.</p> <p>(3) Începând cu data de 1 ianuarie 2011, programele naționale de sănătate se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011-2012.</p> <p>(4) Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale contractate în cursul anului curent prin acte adiționale la contractele încheiate în anul 2010 de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii acestora se face din sumele prevăzute pe domeniile de asistență medicală corespunzătoare, prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul curent.</p>		
<p>Contract cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012</p>	<p>Contract cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011</p>	<p>Intenția legiuitorului a fost aceea de a se semna contracte cadru în deplină cunoștință asupra efectelor acestora, de către ambele părți, stabilind în acest sens ca și normele de aplicare să fie aprobate și publicate cu o lună și jumătate înainte de termenul de semnare. Semnarea unui contract pe doi ani cu norme ce se vor modifica în cel de-al doilea an al derulării lui, conduce la modificarea acestei intenții a legiuitorului, nici una dintre părți necunoscând aceste norme pentru anul 2012 la momentul semnării.</p> <p>Contractul multianual poate fi acceptat doar cu condiția precizării “finantarea asistenței medicale primare va tinde spre 12% din FNUASS total, dar nu poate sa scada sub 9% din FNUASS total”, așa cum s-a agreat si la consultarile din 2010.</p>
<p>CAPITOLUL I Dispoziții generale</p> <p>Art. 1. - (1) În înțelesul prezentei hotărâri, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:</p> <p>a) case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor,</p>		

<p>Construcțiilor și Turismului;</p> <p>b) norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;</p> <p>c) Fond - Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>d) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu, respectiv totalitatea serviciilor pentru o cură de servicii de acupunctură;</p> <p>e) dispozitive medicale - dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu.</p> <p>(2) Definițiile care pot exista în alte acte normative și care sunt diferite de cele prevăzute la alin. (1) nu se aplică în cazul prezentei hotărâri.</p>		
<p>Art. 2. - (1) Furnizorii și casele de asigurări de sănătate aflați în relație contractuală au obligația să respecte prevederile prezentului contract-cadru și ale normelor.</p> <p>(2) Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.</p>		
<p>Art. 3. - (1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.</p> <p>(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, conform și în limita prevederilor legale în vigoare.</p>		
<p>Art. 4. - (1) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare</p>	<p>Art. 4. - (1) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 10 zile lucrătoare</p>	<p>Nu s-a respectat niciodata termenul de elaborare a normelor care stabilesc modelul contractului cadru, iar 5 zile lucrătoare sunt un termen redus pentru obținerea</p>

<p>înainte de termenele stabilite pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.</p> <p>(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(3) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.</p>	<p>înainte de termenele stabilite pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.</p> <p>(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(3) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.</p>	<p>documentelor necesare și cunoașterea normelor, sau pentru negocierile unor caluze.</p> <p>JUSTIFICATE, descrise in norme - forța majora, internare, concediu odihna anterior anunțat etc.</p>
<p>Art. 5. - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, cât și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii.</p> <p>(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.</p> <p>(3) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.</p>	<p>Art. 5. - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, cât și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii.</p> <p>(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.</p> <p>(3) Litigiile legate de refuzul de încheiere, încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele</p>	

	<p>de judecată, după caz.</p> <p>(4) Până la expirarea termenului de formulare a contestației prevăzute la aliniatul 3, sau până la soluționarea definitivă a litigiului, după caz, refuzul de încheiere a contractului sau denunțarea unilaterală a acestuia nu produc efecte.</p>	<p>Pentru a se evita eventuale abuzuri din partea CAS.</p>
<p>Art. 6. - (1) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.</p> <p>(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.</p> <p>(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.</p> <p>(4) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1), (2) și (3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.</p>	<p>Art. 6. - (1) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, constatate de casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate și, după caz, confirmate de Comisia de arbitraj, dacă au existat contestații, sau de către instanțele de judecată casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.</p> <p>(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.</p> <p>–(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.</p> <p>(4) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1), (2) și (3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.</p>	<p>Declarate deja nelegale prin sentinta impotriva CoCa 2010</p>
<p>Art. 7. - (1) Organizarea și efectuarea controlului</p>		

<p>furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.</p> <p>(2) La efectuarea controlului de către reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, aceștia solicită participarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, după caz, situație în care aceștia participă la efectuarea controlului.</p> <p>(3) Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în condițiile legii.</p> <p>(4) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate cu care aceștia se află în relații contractuale și, după caz, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(5) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.</p>		
<p>Art. 8. - (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv</p>	<p>Art. 8. - (1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate</p>	

<p>toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond.</p> <p>(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora, se sancționează conform legii și poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.</p>	<p>documentele justificative privind sumele decontate din Fond.</p> <p>(2) Refuzul nejustificat al furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora, se sancționează conform legii și poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.</p>	
<p>Art. 9. - (1) Furnizorii de servicii medicale, cu excepția unităților sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală. Până la stabilirea caracterului "de muncă" al accidentului sau a caracterului "profesional" al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum și a medicamentelor și unor materiale sanitare acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.</p> <p>(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală aceste evidențe, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de</p>		

<p>asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, pentru perioadele anterioare anului curent, se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.</p>		
<p>Art. 10. - (1) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, unitățile sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, secțiile de boli profesionale, precum și cabinetele de medicina muncii aflate în structura spitalelor au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relație contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum și documentele care au deschis dreptul la servicii medicale.</p> <p>(2) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu, unitățile sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, secțiile de boli profesionale, precum și cabinetele de medicina muncii aflate în structura spitalelor au obligația să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind</p>		

<p>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, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relații contractuale documentele justificative care atestă serviciile medicale acordate pentru această categorie de persoane.</p>		
<p>Art. 11. - Atribuțiile ce revin potrivit prezentului contract-cadru direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, precum și de către autoritățile publice locale care au preluat managementul asistenței medicale spitalicești conform legii.</p>		
<p>Art. 12. - (1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină.</p> <p>(2) Toate documentele necesare decontării serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.</p>		
<p>CAPITOLUL II Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale</p> <p>SECȚIUNEA 1 Condiții de eligibilitate</p> <p>Art. 13. - În vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiții:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) să fie autorizați conform prevederilor legale în vigoare; b) să fie evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare; c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru 		

contractare.		
<p>SECȚIUNEA a 2-a</p> <p>Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale</p> <p>Art. 14. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:</p> <p>a) dovada de evaluare a furnizorului valabilă la data încheierii contractului;</p> <p>b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;</p> <p>c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie buletin/carte de identitate), după caz;</p> <p>d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;</p> <p>e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul 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, valabilă la data încheierii contractului;</p> <p>f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.</p> <p>(2) În vederea încheierii contractelor de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate solicită documentele prevăzute în prezentul contract-cadru, precum și în norme.</p>	<p>SECȚIUNEA a 2-a</p> <p>Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale</p> <p>Art. 14. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:</p> <p>a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, indiferent de forma lor de înființare și organizare, iar pentru ceilalți furnizori actul de înființare sau organizare în concordanță cu tipurile de activități pe care solicită să le contracteze, după caz;</p> <p>b) dovada de evaluare a furnizorului valabilă la data încheierii contractului;</p> <p>c) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;</p> <p>d) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie buletin/carte de identitate), după caz;</p> <p>e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;</p> <p>f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul 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, valabilă la data încheierii contractului;</p> <p>g) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații pentru personalul 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, valabilă la data încheierii contractului, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>h) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.</p>	<p>Caracterul optional al contribuției pentru concedii și indemnizații pentru medicul titular.</p>

	<p>i) avizul Comisiei constituite conform Art 23, (3) pentru punctele de lucru/sediile secundare, aviz care se acorda doar pentru mediul rural, unde se constata de catre comisiile mixte deficit de medici.</p> <p>(2) În vederea încheierii contractelor de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate solicită documentele prevăzute în prezentul contract-cadru, precum și în norme.</p>	
<p>SECȚIUNEA a 3-a</p> <p>Obligațiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate</p> <p>Art. 15. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:</p> <p>a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;</p> <p>b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical;</p> <p>c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;</p> <p>d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;</p> <p>e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;</p> <p>f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în</p>	<p>SECȚIUNEA a 3-a</p> <p>Obligațiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate</p> <p>Art. 15. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:</p> <p>a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;</p> <p>b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile furnizorului de servicii medicale și ale asiguratului referitoare la actul medical, prin afișarea materialelor informative furnizate fără costuri suplimentare de casa de asigurări de sănătate;</p> <p>c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;</p> <p>d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;</p> <p>e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;</p> <p>f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de</p>	<p>Nu poate fi transferată în sarcina și pe cheltuiala furnizorilor obligația asiguratorului de a informa asigurații.</p>

<p>sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;</p> <p>h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;</p> <p>i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;</p> <p>j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;</p> <p>k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;</p> <p>m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;</p> <p>n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în</p>	<p>sănătate, furnizate fara costuri suplimentare de către casa de asigurări de sănătate;</p> <p>g) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;</p> <p>h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;</p> <p>i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;</p> <p>j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 10 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;</p> <p>k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;</p> <p>l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;</p> <p>m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, care este formular cu regim special unic pe țară, și să recomande investigațiile paraclinice în concordanță cu diagnosticul;</p> <p>n) să asigure acordarea asistenței medicale în caz de urgență medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în</p>	<p>Formularele cu regim special servesc exclusiv casei de asigurări, pentru urmărirea și decontarea serviciilor furnizate. Costurile formularelor nu pot fi transferate furnizorilor.</p> <p>DSP va solicita CAS programul furnizorilor sau CAS il poate afisa pe site pentru informarea asiguratilor. Programul de lucru al furnizorilor este inregistrat din 2010 si in SIUI, in vederea decontarii corecte a numarului de consultatii, corelat cu orele contractate.</p> <p>10 zile este si termenul in care CJAS anunta furnizorul despre rezultatele controlului. (art 7 (5))</p> <p>Cum se va furniza tratamentul adecvat in conditiile bugetului de medicamente la medic ?</p>
---	---	--

<p>limita competenței și a dotărilor existente;</p> <p>o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;</p> <p>p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;</p> <p>q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;</p> <p>r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în norme;</p> <p>s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;</p> <p>ș) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, conform dispozițiilor legale;</p> <p>t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;</p> <p>ț) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;</p> <p>u) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În</p>	<p>limita competenței și a dotărilor existente;</p> <p>o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraților fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;</p> <p>p) să acorde cu prioritate asistență medicală femeii gravide și sugarilor;</p> <p>q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru si materialele informative furnizate fără costuri suplimentare de către casa de asigurări de sănătate care conțin numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;</p> <p>r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în norme;</p> <p>s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;</p> <p>ș) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea și decontarea tratamentului în cazul unor afecțiuni, disponibile pentru consultare în forma actualizată la adresa www.cnas.ro/protocoale, elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform dispozițiilor legale;</p> <p>t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune funcționa în parametri optimi și va exista infrastructura necesară, asigurată de instituțiile abilitate ale statului;</p> <p>ț) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;</p>	<p>Cum se va furniza tratamentul adecvat în condițiile bugetului de medicamente la medic ?</p> <p>Nu poate fi transferată în sarcina și pe cheltuiala furnizorilor obligația asiguratorului de a informa asigurații.</p> <p>Accesul la protocoale este deosebit de greu, necesitând abonament la Monitorul Oficial și urmărirea întregii legislații. Fiind o obligație contractuală și fiind elaborate de CNAS, trebuie să existe acces facil la ele, pe siteul CNAS. Un motor de căutare după DCI, denumire comercială, diagnostic și prescriptori este deosebit de necesar, simpla afișarea a actelor normative de aprobare fiind inutilă.</p> <p>Nu este suficient ca SIUI sa fie pus in functiune, trebuie sa si functioneze in parametri optimi si pentru utilizarea in timp real sa existe internet de banda larga, conform solicitarii ordinului comun MS-CNAS in toate localitatile unde isi desfasoara activitatea furnizorii.</p>
---	--	--

<p>situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;</p> <p>v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;</p> <p>w) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;</p> <p>x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;</p> <p>y) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, al cărui mecanism de aplicare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile care stau la baza mecanismului se stabilesc de către o comisie mixtă formată din reprezentanți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și reprezentanți ai medicilor;</p> <p>z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor.</p>	<p>u) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;</p> <p>v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, în măsura respectării obligațiilor ce revin DSP și CNAS;</p> <p>w) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;</p> <p>x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia furnizorii implicați contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost și efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond. Completarea incorectă nu se referă la greseli de tipar;</p> <p>y) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, al cărui mecanism de aplicare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile care stau la baza mecanismului se stabilesc de către o comisie mixtă formată din reprezentanți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și reprezentanți ai medicilor;</p> <p>z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor.</p>	<p>Exista discontinuitati in furnizarea vaccinurilor de catre DSP. Un exemplu este PPD care nu se mai furnizeaza de DSP de mai multi ani dar apare in continuare in pachetul de servicii la imunizari.</p> <p>Responsabilitatea verificării formularelor și a calității de asigurat revine tuturor furnizorilor, nu doar medicilor care completează formularele. Contravaloarea serviciilor și medicamentelor efectuate sau eliberate trebuie recuperată de la toți furnizorii implicați care nu au respectat obligațiile contractuale. Prin introducerea raportării în timp real, casa nu va mai putea să facă decontări eronate.</p> <p>Utilizarea imprimantelor face ca tiparirea sa se realizeze cu mici imperfecțiuni – text si bife mai sus/mai jos</p>
<p>Art. 16. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au</p>	<p>Art. 16. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au</p>	

<p>următoarele drepturi:</p> <p>a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;</p> <p>b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;</p> <p>c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;</p> <p>e) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere.</p>	<p>următoarele drepturi:</p> <p>a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;</p> <p>b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin e-mail;</p> <p>c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;</p> <p>e) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;</p> <p>g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și electronic în format compatibil SIUI, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii;</p> <p>h) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, fără costuri suplimentare, materialele informative menționate în Art. 15, lit b si lit q;</p> <p>i) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, fără costuri suplimentare, formularele cu regim special menționate în Art. 15, lit f;</p> <p>j) să fie informat de casele de asigurări de sănătate cu privire la modificările legislative care fac referire la prevederile prezentului contract (formulare de raportare, formulare cu regim special, protocoale, liste de medicamente etc.), prin afișare pe siteul CNAS.ro și</p>	<p>Adresa de e-mail poate fi ceruta la contractare pe cerere.</p> <p>Raportul de erori trebuie să poată fi preluat de SIUI în așa fel încât trimestrial să poată fi generată ușor, din SIUI, lista serviciilor anterior refuzate în mod eronat, în scopul decontării corecte. De exemplu, un nou-născut înscris în luna nașterii este validat în SIUI abia după două luni. Acest lucru duce la refuzul decontării serviciilor acordate nou născutului, care sunt foarte greu de identificat și recuperat ulterior de furnizor. Practic nu există nici o modalitate tehnică de a realiza acest lucru acum în SIUI, solicitarea fiind nevoie să se facă pe suport de hârtie, cu menționarea tuturor detaliilor.</p>
---	--	---

	prin e-mail;	
<p>Art. 17. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:</p> <p>a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;</p> <p>b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;</p> <p>c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;</p> <p>d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;</p> <p>e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității</p>	<p>Art. 17. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:</p> <p>a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;</p> <p>b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract, cu penalități de 0,2% pentru fiecare zi de întârziere;</p> <p>c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și pe e-mail;</p> <p>d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;</p> <p>e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității</p>	<p>Art 292 al 1 lit b din Legea 95/2006 - <i>să deconteze furnizorilor contravaloarea serviciilor medicale contractate și prestate asiguraților, la termenele prevăzute în contractul-cadru, în caz contrar urmând să suporte penalitățile prevăzute în contract</i></p>

<p>în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;</p> <p>f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;</p> <p>g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere.</p>	<p>în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;</p> <p>f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului;</p> <p>g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceștia, în situația, atestată de Comisia de Arbitraj sau de instanță, în care se demonstrează ca nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;</p> <p>h) să pună la dispoziția furnizorilor motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și electronic în format compatibil SIUI, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii;</p> <p>i) să pună la dispoziția furnizorilor, fără costuri suplimentare, materialele informative menționate în Art. 15, lit b si lit q;</p> <p>j) să pună la dispoziția furnizorilor, fără costuri suplimentare, formularele cu regim special menționate în Art. 15, lit f;</p>	
<p>Art. 18. - (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:</p> <p>a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a</p>		

<p>sportivilor;</p> <p>b) unele servicii medicale de înaltă performanță, altele decât cele prevăzute în norme;</p> <p>c) unele servicii de asistență stomatologică, altele decât cele prevăzute în norme;</p> <p>d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;</p> <p>e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani;</p> <p>f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, altele decât cele prevăzute în norme;</p> <p>g) eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților și eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguraților, cu excepția celor prevăzute în norme;</p> <p>h) fertilizarea in vitro;</p> <p>i) transplantul de organe și țesuturi, cu excepția grefelor de piele prevăzute în norme, a serviciilor medicale aferente stării posttransplant;</p> <p>j) asistența medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap;</p> <p>k) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului: baterii pentru aparatele auditive, ochelari de vedere;</p> <p>l) contribuția personală din prețul medicamentelor, al unor servicii medicale și al dispozitivelor medicale;</p> <p>m) serviciile medicale solicitate de asigurat;</p> <p>n) unele proceduri de recuperare și de fizioterapie, altele decât cele prevăzute în norme;</p> <p>o) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;</p> <p>p) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;</p> <p>q) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;</p> <p>r) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;</p> <p>s) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning familial din structura spitalului;</p> <p>ș) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul</p>		
--	--	--

<p>sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare distrofici, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;</p> <p>t) activitățile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie;</p> <p>ț) cheltuielile prevăzute la art. 93 alin. (5) și, după caz, alin. (51) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru unitățile de primire a urgențelor și compartimentele de primire a urgențelor cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență, aprobate în condițiile legii.</p> <p>(2) Contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. l) se stabilește prin norme.</p>		
<p>SECȚIUNEA a 4-a</p> <p>Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale</p> <p>Art. 19. - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:</p> <p>a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;</p> <p>b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;</p> <p>c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;</p> <p>d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;</p> <p>e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor</p>	<p>SECȚIUNEA a 4-a</p> <p>Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale</p> <p>Art. 19. - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:</p> <p>a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;</p> <p>b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;</p> <p>c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;</p> <p>d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;</p> <p>e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor</p>	<p>Nedepunerea facturilor trebuie să ducă doar la</p>

<p>însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;</p> <p>f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;</p> <p>g) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 15 lit. a), c), j), l), m), n), r), ș), ț), u) și v), precum și a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;</p> <p>h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 15 lit. b), e), f), g), h), i), k), o), p), q), s) și t);</p> <p>i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.</p>	<p>însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;</p> <p>f) refuzul nejustificat al furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;</p> <p>g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 15 lit. a), c), j), l), m), n), r), ș), ț), u) și v), precum și a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;</p> <p>h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 15 lit. b), e), f), g), h), i), k), o), p), q), s), ș), ț), u) și t);</p> <p>i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.</p>	<p>neefectuarea plăților către furnizor.</p>
<p>Art. 20. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:</p> <p>a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;</p> <p>a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;</p> <p>a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;</p>	<p>Art. 20. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:</p> <p>a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;</p> <p>a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;</p> <p>a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;</p>	

<p>b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;</p> <p>c) acordul de voință al părților;</p> <p>d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;</p> <p>e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 21 alin. (1) lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.</p>	<p>b) din motive imputabile furnizorului, constatate de Comisia de Arbitraj sau instanță, prin reziliere;</p> <p>c) acordul de voință al părților;</p> <p>d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;</p> <p>e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 21 alin. (1) lit. a) - cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului.</p> <p>f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate în condițiile art 5 din Contract.</p>	
<p>Art. 21. - (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a)-c) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 15 lit. z), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;</p> <p>b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;</p> <p>c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;</p> <p>d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat</p>		

<p>ultima plată către furnizor.</p> <p>(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.</p>	<p>(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a hotărârii de soluționare a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme</p>	
<p>SECȚIUNEA a 5-a Condiții speciale</p> <p>Art. 22. - (1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale, în condițiile prevăzute în norme, cu respectarea prevederilor art. 213 alin. (1) lit. c) și d) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.</p> <p>(2) Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat, iar suma aferentă contribuției personale prevăzute la unele servicii medicale, respectiv coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, stabilite conform prevederilor legale în vigoare, se suportă din bugetele ministerelor și instituțiilor respective.</p>		
<p>SECȚIUNEA a 6-a Asistența medicală primară - condiții specifice</p> <p>1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară</p> <p>Art. 23. - (1) Asistența medicală primară se asigură de către medicii care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.</p>		

<p>(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport hârtie și în format electronic, în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medicii nou-veniți, și numai în format electronic, pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Furnizorii care prezintă la contractare lista/listele numai în format electronic au obligația să depună și o declarație pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora. Modelul unic de declarație este prevăzut în norme.</p>	<p>(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport hârtie și în format electronic, în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medicii nou-veniți, și numai în format electronic, pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Furnizorii care prezintă la contractare lista/listele numai în format electronic au obligația să depună și o declarație pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora. Modelul unic de declarație este prevăzut în norme.</p>	
<p>(3) Necesarul de medici de familie cu liste, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale/zonă de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz.</p>		
<p>(4) Comisia pentru stabilirea necesarului de medici și a numărului minim de persoane înscrise pe lista medicului</p>		

<p>de familie, prevăzută la alin. (3), se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (3) de către conducătorii acestora și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate.</p>		
<p>(5) În localitățile urbane numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (3).</p>	<p>(5) În localitățile urbane numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie nou veniți, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (3).</p>	<p>Impunerea trebuie sa fie pentru medici nou veniti si nu si pentru cei deja existenti in relatie cu CAS. Motivarea mai jos.</p>
<p>(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane înscrise pe listă, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă de către comisia constituită conform alin. (3), în situația cabinetelor medicale individuale, contractul poate înceta, în condițiile legii, prin denunțare unilaterală de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate.</p> <p>Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia. Persoanele înscrise pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.</p>	<p>(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane înscrise pe listă, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă de către comisia constituită conform alin. (3), în situația cabinetelor medicale individuale, contractul poate înceta, în condițiile legii, prin denunțare unilaterală de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate.</p> <p>—Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia. Persoanele înscrise pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.</p>	<p>Declarat nelegal ! - motivarea instantei</p> <p><i>Această reglementare afectează drepturile și interesele legitime ale medicului de familie, având în vedere că opțiunea de înscriere pe o listă sau alta aparține exclusiv pacientului, fiind încălcat și dreptul acestuia de a-și alege medicul de familie care să îl trateze. Totodată, prevederea menționată este în contradicție cu dispozițiile art. 32 din Contractul-cadru, conform cărora furnizorii de servicii sunt obligați să înscrie pe listele lor anumite categorii de persoane, fără ca această prevedere să fie corelată cu cea care stabilește numărul maxim de pacienți.-.</i></p> <p>Se refera la cei aflatii deja in contract cu CAS, iar pe parcursul contractului scade sub nr. minim de pacienti stabilit de comisia paritara.</p>
<p>(7) Numărul minim de persoane de pe listele medicilor de familie care își desfășoară activitatea în cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară</p>		

<p>proprie se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale.</p>		
<p>(8) Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară depun la contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, și următoarele documente, după cum urmează:</p> <p>a) lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme;</p> <p>b) declarație pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia, pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.</p> <p>(9) Pentru asigurarea calității asistenței medicale, numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.</p>	<p>(8) Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară depun la contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, și următoarele documente, după cum urmează:</p> <p>a) lista privind evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme;</p> <p>b) lista validată SIUI în ultima lună a contractului anterior.</p> <p>—(9) Pentru asigurarea calității asistenței medicale, numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.</p>	<p>Daca nu exista limita minima, corelativ nu poate exista nici limita maxima.</p>
<p>Art. 24. - (1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, după caz.</p> <p>(2) Un medic de familie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.</p> <p>(3) În cadrul relației contractuale cu o casă de asigurări de sănătate, conform alin. (2), furnizorul încheie un singur contract.</p>	<p>Art. 24. - (1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești sau Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, după caz.</p> <p>—(2) Un medic de familie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.</p> <p>(3) În cadrul relației contractuale cu o casă de asigurări de sănătate, conform alin. (2), furnizorul încheie un singur contract.</p>	<p>Nu sedii secundare, in afara zonelor rurale cu deficit de medici (constatat de Comisia mixta) !</p> <p>Principiul libertății contractuale.</p>
<p>Art. 25. - Pentru realizarea unor servicii adiționale care necesită dotări speciale, medicii de familie pot încheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizați conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme.</p>		
<p>Art. 26. - (1) Asigurații în vârstă de peste 18 ani au</p>		

<p>dreptul de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce privește morbiditatea și mortalitatea, în condițiile prevăzute în norme.</p> <p>(2) Ca urmare a controlului medical, medicul de familie va încadra asiguratul într-o grupă de risc și va consemna acest lucru în fișa medicală.</p>		
<p>Art. 27. - Cabinetele medicale vor funcționa cu minimum un asistent medical, indiferent de numărul de asigurați înscriși pe listă.</p>		
<p>2. Programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară</p> <p>Art. 28. - Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului de lucru stabilit de către aceștia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.</p>		
<p>Art. 29. - Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă. În cabinetele medicale și/sau în localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie cu listă proprie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.</p>	<p>Art 29. - Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, va fi organizat în funcție de condițiile specifice din zonă și respectând necesitățile reale ale pacienților, asigurand 35 de ore minim saptamanal.</p>	<p>Motivarea instantei in procesul CoCa 2010:</p> <p>“iar stabilirea acestui program de lucru cu impunerea unui număr de ore pe săptămână, nu răspunde necesităților reale ale pacienților”</p>
<p>Art. 30. - Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.</p>		
<p>3. Medicii de familie nou-veniți într-o localitate</p> <p>Art. 31. - (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3</p>	<p>Se adaugă</p> <p>(3) Convențiile de furnizare de servicii medicale se încheie numai cu avizul Comisiei constituita conform art.23, alin 3.</p>	

<p>luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei, de un venit care este format din:</p> <p>a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute în norme;</p> <p>b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulțit cu 1,5.</p> <p>(2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane pe listă stabilit conform art. 23 alin. (3) și (5), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale stabilit conform art. 23 alin. (3) și (5). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 23 alin. (6).</p>		
<p>Art. 32. - (1) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condițiile legii, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și deținătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.</p> <p>(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe asigurații despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis în ceea ce privește respectarea obligației prevăzute mai sus se face de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3).</p> <p>(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul</p>		

<p>contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, în condițiile prevăzute în norme.</p>		
<p>4. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și ale caselor de asigurări de sănătate.</p> <p>Art. 33. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:</p> <p>a) să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;</p> <p>b) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoane înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;</p> <p>c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după</p>	<p>Art. 33. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:</p> <p>a) să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;</p> <p>b) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoane înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;</p> <p>c) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscriși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după</p>	<p>CAS penalizeaza in cazul in care numarul celor inscrise pe lista unui medic este mai mare de 2200, astfel peste acest numar medicului de familie nu i se mai plateste per capita iar numarul serviciilor este tot limitat. Este ilegal</p>

<p>nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris;</p> <p>d) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora;</p> <p>e) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali;</p> <p>f) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme;</p>	<p>nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune exprimată în scris, și dacă numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășește 2200 pacienți;</p> <p>d) să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășește 2200 pacienți;</p> <p>e) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, dacă numărul de pacienți înscrși pe lista medicului nu depășește 2200 pacienți;</p> <p>f) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme;</p>	<p>sa se impuna unui medic sa asigure asistenta medicala fara sa i se plateasca aceste servicii, intra sub incidenta muncii fortate. Aceste modificari se impun daca limitarea ramane.</p>
<p>g) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicină a muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate</p>		

<p>elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;</p> <p>h) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicate de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;</p>		
<p>i) să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;</p> <p>j) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiunile cronice prevăzute în norme și să raporteze această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități și lista afecțiunilor cronice se stabilesc prin norme;</p> <p>k) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casele de asigurări de sănătate referitor la predarea</p>		

<p>documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor și care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;</p>		
<p>l) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul; m) să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii; n) să efectueze și să raporteze vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; o) să informeze părinții asupra vaccinărilor și tipurilor de vaccinuri acordate în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; în cazul în care medicul recomandă părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat în cadrul Programului național de imunizare, acesta are obligația de a solicita consimțământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare; p) să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică.</p>	<p>l) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul; m) să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa, la prima prezentare la cabinet, cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, în condițiile legii; n) să efectueze și să raporteze utilizând SIUI vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății. Alte instituții ale statului care necesită situația vaccinărilor vor solicita datele de la CNAS; o) să informeze părinții asupra vaccinărilor și tipurilor de vaccinuri acordate în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; în cazul în care medicul recomandă părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat în cadrul Programului național de imunizare, acesta are obligația de a solicita consimțământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare; p) să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică in baza unui contract distinct cu Ministerul Sanatatii.</p>	<p>Informarea asiguratilor privind drepturile si obligatiile intra si in sarcina CNAS.</p> <p>Raportarea vaccinarilor se va face doar în SIUI. In prezent exista un program pilot in Calarasi si Maramures de raportare electronica a vaccinarilor pentru Registrul Electronic National de Vaccinare, cu un alt soft. Softul nu este compatibil SIUI, desi reprezentatii MF au cerut acest lucru in comisia de lucru pentru RENV, si necesita introducerea multor date, inclusiv toate vaccinarile din ultimii 7-9 ani !</p> <p>Medicul informeaza pacientul despre riscurile si beneficiile tratamentului administrat. Solicitarea consimtamantului informat pentru un tratament nu poate fi o obligatie a contractului cu casa de asigurari.</p> <p>Vaccinarile apartin Programului National al Ministerului Sanatatii.</p>
<p>Art. 34. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 17, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații: a) să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii; b) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și per serviciu, prin</p>	<p>b) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu si per capita, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și per</p>	

<p>afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizate, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;</p>	<p>serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizate, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;</p>	
<p>c) să țină evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență. Pentru asigurații care se află în evidența Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și a Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, confirmarea calității de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidența caselor de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București și care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflați în relație contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic;</p> <p>d) să informeze asigurații cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;</p>		
<p>e) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală</p>		

<p>corespunzătoare pentru realizarea acestora în condițiile prevăzute în norme;</p> <p>f) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condițiile stabilite prin norme;</p> <p>g) să monitorizeze perioadele de absență a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;</p> <p>h) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.</p>	<p>Se adauga</p> <p>i) sa asigure furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală fără costuri suplimentare formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, concedii medicale</p> <p>j) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, prin afișarea pe site și trimitere pe e-mail, modificările legislative privind activitatea desfășurată în baza contractului și să pună la dispoziție o secțiune de întrebări și răspunsuri pe site pentru informare suplimentară;</p>	<p>Formularele cu regim special sunt necesare exclusiv decontării serviciilor medicale și medicamentelor, necesare CNAS. Este illogic ca furnizorii să suporte costul acestor documente.</p> <p>Schimbările legislative sunt foarte dese și furnizorii află cu întârziere cele necesare. Formulările neclare din actele emise necesită lămuriri suplimentare, care sunt cel mai eficient făcute pe siteul CNAS. De raspunsul la intrebarile frecvente pot beneficia astfel mai multi furnizori, se asigura o mai buna informare si a asiguratilor. Acest lucru s-a realizat in urma cu mai multi ani pentru OUG 158/2006 pe siteul CNAS.ro.</p>
<p>5. Decontarea serviciilor medicale din asistența medicală primară</p> <p>Art. 35. - Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:</p> <p>a) tarif pe persoană asigurată - per capita;</p> <p>b) tarif pe serviciu medical.</p>		
<p>Art. 36. - (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:</p> <p>a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul persoanelor înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară</p>	<p>Art. 36. - (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:</p> <p>a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul persoanelor înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară</p>	

<p>activitatea și cu valoarea unui punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și a unor activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane înscrise pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în norme. Valoarea punctului per capita este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, este prevăzută în norme și este asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;</p> <p>b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, ajustat în funcție de gradul profesional, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.</p>	<p>activitatea și cu valoarea minimă garantată a unui punct per capita , stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și a unor activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane înscrise pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în norme.</p> <p>b) plata prin tarif pe serviciu medical, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu . Numărul de puncte aferent serviciului medical, ajustat în funcție de gradul profesional, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.</p>	
<p>(2) Pentru stabilirea valorii unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anii 2011-2012 are următoarea structură:</p> <p>a) sumele necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;</p> <p>b) 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe</p>	<p>(2) Pentru stabilirea valorii unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2011 are următoarea structură:</p> <p>a) sumele necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;</p> <p>b) 70% pentru plata per capita și 30% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).</p>	

<p>serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).</p> <p>(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează trimestrial.</p> <p>(4) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata per serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.</p> <p>(5) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv 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.</p>	<p>(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalchează trimestrial.</p> <p>(4) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata per serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.</p> <p>(5) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv 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.</p>	
<p>Art. 37. - (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu, iar regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului.</p> <p>(2) Furnizorii vor depune lunar, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, documentele necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.</p>		
<p>Art. 38. - Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate.</p>		
<p>6. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor</p>	<p>6. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractelor</p>	

<p>Art. 39. - (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract, precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 33 lit. g), se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu 10%; b) la a doua constatare, cu 20%; c) la a treia constatare, cu 30%.</p>	<p>Art. 39. - (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract, din motive imputabile furnizorului, precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 33 lit. g), se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu avertisment; b) la a doua constatare, cu 5%; c) la a treia constatare, cu 10%.</p>	<p>Penalizările sunt prea mari in prezent pentru furnizorii de asistenta medicala primara. Propunem variantele</p> <ul style="list-style-type: none"> - avertisment - 5% - 10% <p>sau</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3% - 5% - 10% <p>sau</p> <ul style="list-style-type: none"> - avertisment - 500 lei - 1000 lei <p>Penalizarea trebuie sa fie pe venitul impozabil al medicului si nu pe intreaga suma decontata cabinetului.</p>
<p>(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 15 lit. b), e)-h), k), o)-q), s) și t) și la art. 33 lit. a)-e), j) și l), se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu 10%; b) la a doua constatare, cu 20%; c) la a treia constatare, cu 30%.</p>	<p>(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 15 lit. b), e)-h), k), o)-q), s) și t) și la art. 33 lit. a)-e), j) și l), se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, cu avertisment; b) la a doua constatare, cu 5%; c) la a treia constatare, cu 10%.</p>	<p>Aceleasi propuneri ca mai sus.</p>
<p>(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la 15 lit. a), c), j), l), m), n), r), ș) și ț)-v) și la art. 33 lit. n), o) și p), precum și că în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului în vederea decontării</p>	<p>(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la 15 lit. a), c), j), l), m), n), r), ș) și ț)-v) și la art. 33 lit. n), o) și p), precum și că în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului în vederea decontării</p>	

<p>acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.</p> <p>(4) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (1)-(3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.</p> <p>(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1)-(3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.</p> <p>(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.</p> <p>(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(3), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.</p>	<p>acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.</p> <p>(4) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (1)-(3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.</p> <p>(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1)-(3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.</p> <p>(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.</p> <p>(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(3), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.</p>	
<p>Art. 40. - Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării situațiilor prevăzute la art. 19, precum și în următoarele situații:</p> <p>a) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 39 alin. (1) și (2) pentru fiecare situație, precum și odată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 39 alin. (3);</p> <p>b) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 33 lit. f) și h).</p>		
<p>Art. 41. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20, precum și în următoarele situații:</p> <p>a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>a1) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;</p> <p>a2) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului</p>	<p>Art. 41. - Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20, precum și în următoarele situații:</p> <p>a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>a1) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;</p> <p>a2) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului</p>	

<p>Medicilor din România;</p> <p>b) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie.</p>	<p>Medicilor din România;</p> <p>b) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie.</p>	
<p>Art. 42. - Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 21 alin. (1), precum și de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicul titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.</p>		
<p>CAPITOLUL V</p> <p>Dispoziții finale</p> <p>Art. 123. - (1) Lista serviciilor medicale și lista dispozitivelor medicale de care beneficiază asigurații în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt prevăzute în norme.</p> <p>(2) Serviciile medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță și modalitățile de acordare sunt prevăzute în norme.</p>		
<p>Art. 124. - Centrele de sănătate cu personalitate juridică înființate de Ministerul Sănătății, care au în structură paturi de spital și ambulatoriu, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfășurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleași prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme, referitoare la serviciile medicale spitalicești și serviciile medicale</p>		

ambulatorii.		
<p>Art. 125. - Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate, considerat secție a spitalului respectiv.</p>		
<p>Art. 126. - Pentru centrele de sănătate fără paturi și fără personalitate juridică, înființate de Ministerul Sănătății, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și activitatea medicală desfășurată în centrul de sănătate.</p>		
<p>Art. 127. - Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu centrele de sănătate multifuncționale separat pentru fiecare tip de asistență medicală, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor, pentru tipurile de asistență medicală respective.</p>		
<p>Art. 128. - Începând cu data intrării în vigoare a dispozițiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente, cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie 2012. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferența reprezentând servicii realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.</p>	<p>Art. 128. - Începând cu data intrării în vigoare a dispozițiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente, cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie 2011. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferența reprezentând servicii realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.</p>	Contract 2011, nu multianual.
<p>Art. 129. - Decontarea serviciilor medicale contractate pentru trimestrul IV 2010 se face lunar, în limita creditelor bugetare deschise, urmând ca serviciile medicale realizate și raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale și rămase nedecontate să se deconteze eșalonat în anul 2011, în limita creditelor de angajament aprobate pentru anul 2010.</p>		

<p>Art. 130. - Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2010 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anii 2011-2012. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.</p>	<p>Art. 130. - Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2010 se prelungesc prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adițional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anul 2011. Condițiile acordării asistenței medicale în baza actului adițional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiționale.</p>	<p>Contract 2011, nu multianual.</p>
<p>Art. 131. - (1) Sunt incluse în lista de medicamente (denumiri comerciale) de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, care se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, numai medicamentele cu studii de bioechivalență, cu excepția situațiilor în care medicamentul respectiv nu este inclus în lista medicamentelor care necesită studii de bioechivalență, conform normelor în vigoare, și a situațiilor în care pentru o anumită denumire comună internațională nu există medicamente care dețin astfel de studii.</p> <p>(2) Criteriile prevăzute la alin. (1) se aplică și în cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor persoanelor prevăzute la art. 213 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru femeile gravide și lăuze.</p>		
<p>Art. 132. - Furnizorii de servicii medicale au obligația de a respecta ghidurile și protocoalele de practică medicală elaborate conform dispozițiilor legale în vigoare.</p>		
<p>Art. 133. - (1) Este interzisă eliberarea în cadrul cabinetelor medicale, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, indiferent de forma lor de organizare, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, cu excepția situațiilor expres prevăzute de legislația în vigoare. În urma oricăror sesizări privind eliberarea în cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu excepția celor prevăzute de legislația în vigoare, reprezentanții Colegiului Farmaciștilor din România au dreptul de a participa la verificările făcute de organele de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate.</p>		

<p>(2) În cazul nerespectării prevederilor alin. (1) de către cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care casa de asigurări de sănătate constată această situație.</p> <p>(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, în cazul nerespectării prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifică prin excluderea din contract a medicilor la care se înregistrează această situație, începând cu data la care situația este constatată de către casa de asigurări de sănătate.</p> <p>(4) Este interzisă eliberarea fără prescripție medicală a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu excepția situațiilor expres prevăzute de legislația în vigoare.</p>		
<p>Art. 134. - Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să transmită direcțiilor de sănătate publică județene, respectiv a municipiului București datele de identificare ale persoanelor înregistrate la aceștia, pentru cazurile prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 589/2007 privind stabilirea metodologiei de raportare și de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile și de Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.466/2008 pentru aprobarea circuitului informațional al fișei unice de raportare a bolilor transmisibile.</p>		
<p>Art. 135. - Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:</p> <p>a) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceștia, precum și evidența asiguraților și a documentelor justificative utilizate în formatul și la termenele prevăzute;</p> <p>b) să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;</p> <p>c) să monitorizeze pe baza codului numeric personal al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relație contractuală și să afișeze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate în acest sens;</p> <p>d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu</p>		

și fără contribuție personală, pe medic și pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;

e) să țină evidența deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale și a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative pe fiecare asigurat, precum și evidența dispozitivelor medicale/zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative decontate pe fiecare asigurat;

f) să controleze actele de evidență financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond;

g) să verifice prescrierea medicamentelor și recomandarea investigațiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare, și să afișeze lunar pe pagina web informații semnificative în acest sens, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

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

i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraților conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;

j) să controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfășurare a activității ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat;

l) să afișeze pe pagina web proprie toate formularele tipizate, fără regim special, conform modelelor standardizate prevăzute în norme;

m) să organizeze evidența contractelor pe care furnizorii din ambulatoriul de specialitate clinic le au încheiate cu furnizorii de servicii conexe actului medical, organizați în baza Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, și, după caz, conform Legii 213/2004, respectiv cu furnizorii de servicii conexe actului medical care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice;

n) să respecte prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2011-2013;

o) să încheie, pentru anul 2011, contracte de furnizare

de servicii medicale spitalicești pentru maximum 90% din cazurile de spitalizare continuă contractate în anul 2010.		
Art. 136. - Casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale au obligația de a respecta prevederile 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.		
Art. 137. - Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum și modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme.		
Art. 138. - Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită în termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor sau după data semnării contractului/convenției și care împiedică executarea acestuia/acesteia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. În înțelesul prezentului contract-cadru, prin forță majoră se înțelege: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo. Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore.		
Art. 139. - Documentele justificative privind raportarea activității realizate se stabilesc prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.		
Art. 140. - Furnizorii nu au dreptul să cesioneze în tot sau în parte drepturile lor în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, fără acordul prealabil scris al caselor de asigurări de sănătate și în lipsa avizului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În acest sens casele de asigurări de sănătate au obligația de a transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru fiecare cerere în parte, documentele prevăzute prin Ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări	Art. 140 – se elimina	

de Sănătate pentru a obține avizul din partea acesteia.		
<p>Art. 141. - (1) În situația în care medicii de familie nu încheie contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară la termenele și în condițiile prezentului contract-cadru, pentru asigurarea accesului neîngrădit al asiguraților la asistență medicală, medicii de specialitate din ambulatoriu pot acorda serviciile medicale prevăzute pentru asistența medicală primară.</p> <p>(2) Condițiile de acordare și decontare a serviciilor din asistența medicală primară furnizate de medicii de specialitate din ambulatoriu se stabilesc prin norme.</p>	Art 141 – se elimina	
<p>Art. 142. - (1) În vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, începând cu data implementării sistemului cardului național de asigurări sociale de sănătate, furnizorii au obligația de a solicita acest document titularilor acestuia.</p> <p>(2) Serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale acordate în alte condiții decât cele prevăzute la alin. (1) nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.</p>		