



CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:

DG/3944/07.07.2021

POLITICA DE CONTRACTARE

a serviciilor medicale medicamentelor și dispozitivelor medicale

2021

Obiective ale Casei de Asigurări de Sănătate Bihor:

- asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivelul județului Bihor
- contractarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale și asistive pentru a asigura furnizarea adecvată a acestora
- procesul de contractare să se desfășoare în condiții de deplină obiectivitate și transparență în toate etapele acestui proces, în așa fel încât orice suspiciune sau interpretare rău voitoare să nu își aibă obiect.
- la încheierea contractelor părțile au în vedere interesul asiguraților
- utilizarea FNUASS la nivel local în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate
- asigurarea accesului populației la servicii medicale pe parcursul întregului an
- îmbunătățirea accesului la serviciile sociale de sănătate printr-o mai bună acoperire teritorială a serviciilor contractate cu furnizorii.
- asigurarea serviciilor medicale de calitate pentru populație
- încadrarea în sumele alocate pe domeniile de asistență medicală prin buget județului Bihor pentru anul 2021
- creșterea gradului de satisfacție a asiguraților față de calitatea serviciilor medicale acordate de către furnizorii aflați în relație contractuală cu CAS Bihor
- identificarea și diminuarea riscurilor de sistem la nivel local
- promovarea politicii CNAS la nivelul Jud. Bihor.

Acte normative în vigoare începând cu data de 01.07.2021:

- Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022,
- Ordinul MS/CNAS nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a HGR nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2017;
- Ordinul MS 1111/30.06.2021 privind aprobarea detalierii pe județe a numărului total de paturi, pe anul 2021, din unitățile sanitare publice și private pentru care casele de asigurări pot încheia contracte de furnizare servicii medicale spitalicești

Adresa CNAS nr. P 5064/29.06.2021 înregistrată la CAS Bihor sub nr. DG 3708/30.06.2021 face următoarele precizări:

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

Procesul de contractare pe toate domeniile de asistență medicală se desfășoară în luna iulie 2021.

Pentru furnizorii care la data de 30.06.2021 se află în relație contractuală cu CAS Bihor se încheie acte adiționale pentru prelungirea contractelor până la data de 31.07.2021 Astfel pentru luna iulie s-au încheiat următoarele acte adiționale:

Nr. crt.	Tipul de asistență medicală	Nr. acte adiționale
1.	Asistenta medicala primara	330
2.	Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice	67
3.	Asistență medicală de specialitate - acupunctură	1
4.	Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice	38
5.	Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicina dentara	301
6.	Asistență medicală de specialitate de reabilitare medicală	26
7.	Consultații la domiciliu și transport neasistat	1
8.	Asistenta medicala spitaliceasca	21
9.	Ingrijiri medicale/paleative la domiciliu	3
10.	Medicamente cu și fără contribuție personală	139
	Dispozitive și echipamente medicale	58
TOTAL		985

Pentru toate domeniile de asistență medicală pentru care s-au încheiat acte adiționale pentru luna iulie 2021, eventualele diferențe rezultate ca urmare a negocierii contractelor pentru anul 2021 și prevederile cuprinse în actele adiționale corespunzătoare lunii iulie, se vor regulariza.

C.A.S. Bihor a întocmit calendarul de activități al sesiunii de contractare de servicii medicale 2021 pe care l-a afișat pe pagina web.

Termen limită pentru primirea și înregistrarea dosarelor de contractare : 15.07.2021

Data limită de finalizare a procesului de contractare:

31.07.2021

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

Prin decizie a directorului general s-au constituit următoarele comisii:

1. comisii paritare pentru asistența medicală primară , pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și medicină fizică și reabilitare medicală, pentru asistența medicală spitalicească, formate din reprezentanți ai C.A.S. Bihor, D.S.P. Bihor, Colegiul Medicilor Bihor, componența lor urmând a fi afișată pe site –ul instituției. Comisiile se vor întâlni în ședințe distincte în vederea îndeplinii atribuțiilor prevăzute în Ordinul 1069/629/2021.
2. comisie de coordonare a contractării la nivelul CAS Bihor , precum și a Comisiei de contractare pe domenii de asistență
3. comisii pentru stabilirea punctajelor furnizorilor în vederea încadrării în criteriile de selecție prevăzute în Norme
4. comisie pentru stabilirea numărului de paturi contractabile pentru fiecare spital, cu încadrare în Planul național de paturi pentru anul 2021. Concluziile comisiei vor fi înaintate CNAS și Ministerului Sănătății, iar după avizare vor fi afișate pe site-ul CAS Bihor și comunicate spitalelor.

Bugetul alocat județului Bihor pentru contractarea serviciilor medicale a fost transmis de CNAS prin adresa DG 1949/28.06.2021 și este afișat pe pagina web a CAS Bihor.

CAS Bihor încheie contracte cu furnizorii:

- autorizați conform prevederilor legale în vigoare;
- evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligați să se acrediteze potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare și, respectiv, sunt acreditați pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;
- care depun, în vederea încheierii contractului, toate documentele solicitate la termenele stabilite pentru contractare. În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive depun/transmit 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 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.

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

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

CAS Bihor poate 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, tehnologii și dispozitive asistive în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.

În cazul modificării sediului social nelucrative, forma de organizare sau denumirea furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, dispozitive și tehnologii asistive, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, dispozitive și tehnologii asistive, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare își păstrează valabilitatea dacă sunt îndeplinite cumulativ următoarele condiții:

a) notificarea casei de asigurări de sănătate cu privire la aceste modificări de la data înregistrării acestora, cu obligația furnizorului de a depune, până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act adițional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

b) depunerea, împreună cu notificarea a unei declarații pe proprie răspundere a reprezentantului legal al furnizorului conform căreia activitatea medicală care face obiectul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate se desfășoară în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală;

c) codul unic de înregistrare nu se modifică.

În cazul reorganizării furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, dispozitive și tehnologii asistive, cu personalitate juridică aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția celor din asistența medicală primară, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică aflată în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate - pentru același domeniu/aceleași domenii de asistență medicală, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare se preiau de drept de către noua entitate juridică, în aceleași condiții, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente activității medicale transferate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului activității medicale, cu condiția ca activitatea medicală preluată să se desfășoare în aceleași condiții avute în vedere la intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate ale furnizorilor care se reorganizează, asumată de către reprezentantul legal al furnizorului pe baza unei declarații pe proprie răspundere a acestuia.

Prin transfer parțial al activității medicale se înțelege transferul activității aferente unui/unor domenii de asistență medicală, medicamente și dispozitive medicale, dispozitive și tehnologii asistive.

Furnizorul are obligația de a depune până la data convenită între furnizor și casa de asigurări de sănătate prevăzută în contractul încheiat, toate documentele necesare

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la încetarea relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Modificarea va face obiectul unui act aditional încheiat între părți cu clauză suspensivă.

În cazul în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unor furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, dispozitive și tehnologii asistive, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu se află în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate cu care a fost în contract furnizorul preluat cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Condițiile prevăzute anterior sunt aplicabile și situațiilor în care furnizorul care a preluat drepturile și obligațiile unui furnizor/unor furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, dispozitive și tehnologii asistive, aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, nu a avut contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală aferentă domeniului/domeniilor de asistență medicală preluate.

Medicii care au specialitatea de medicină de familie și o altă/alte specialitate/specialități clinică/clinice sau competență/atestat de studii complementare - pentru îngrijiri paliative, pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității de medicină de familie sau în baza specialității/specialităților clinice sau a competenței/atestatului de studii complementare - pentru îngrijiri paliative. Medicii care au o specialitate/mai multe specialități clinice cât și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative își pot desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității/specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative. Medicii care au o specialitate clinică și o specialitate paraclinică pot opta pentru a desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza specialității clinice sau în baza specialității paraclinice.

Pentru a desfășura activitate în baza unui contract încheiat cu CAS Bihor, medicii trebuie să dețină semnătură electronică extinsă/calificată.

Toți furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligația să dețină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

Asistentă medicală primară

Pentru anul 2021 bugetul alocat asistenței medicale primare, pentru activitate curentă este de 75.335 mii lei.

Asistența medicală primară se asigură de către medicii care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare.

Un medic de familie cu listă proprie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate. În cadrul relației contractuale cu

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

o casă de asigurări de sănătate furnizorul de servicii medicale în asistența medicală primară, încheie un singur contract.

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 minim 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă de către reprezentantul legal al cabinetului.

Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, vor funcționa cu minimum un asistent medical / soră medicală / moașă, indiferent de numărul de asigurați înscrși pe listă, programul acestuia putând fi normă întreagă sau fracțiune de normă.

Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/ punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punct de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de comisia paritară. Preluarea unui praxis în alte condiții poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă aceasta preluare are ca rezultat înființarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condițiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.

Valoarea punctului "per capita", unică pe țară, valabilă pentru anul 2021 este de 8,5 lei.

Valoarea minim garantată a unui punct pentru plata pe serviciu, unică pe țară, este de 3,5 lei valabilă pentru 2021. Valoarea definitivă se stabilește trimestrial până la 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, este unică pe țară și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu.

Medicii de familie cu competență în ecografie, care au dotarea necesară desfășurării acestei activități și îndeplinesc criteriile de selecție pot contracta acest tip de servicii. Pentru acestea - ecografiile generale (abdomen și pelvis) - se încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară Programul de lucru se prelungește corespunzător.

Aceste servicii urmează a fi decontate din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice.

Medicii nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă urbană - încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru o perioadă de maximum 6 luni perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei. Dacă la sfârșitul celor 6 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listă stabilit, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise, stabilit de Comisia paritară. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni, conform deciziei comisiei. Prin excepție, pentru

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

medicul de familie nou-venit într-o localitate din mediul rural, cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate nu încetează dacă la expirarea celor 6 luni acesta nu înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise, stabilit de comisia paritară. Comisia pentru asistența primară organizată conform art 2 din HG696/2021 va stabili:

1. necesarul de medici de familie cu liste proprii atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural.
2. numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista medicilor de familie din mediul rural
3. zone neacoperite din punct de vedere al numărului necesar de medici de familie
4. analizează situațiile de încadrare a cabinetelor medicale din asistență primară în funcție de condițiile în care își desfășoară activitatea
5. localități considerate deficitare din punct de vedere al existenței medicilor de familie

În localitățile urbane numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie. Pentru aceste zone din mediul urban comisia stabilește și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale. În cazul în care numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista unui medic de familie într-o localitate urbană, pentru care se solicită încheierea contractului de furnizare de servicii medicale, este sub 800, comisia analizează și decide asupra încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate.

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

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

Hotărârile comisiei vor fi comunicate prin afișare pe pagina web a CAS Bihor.

În vederea asigurării unui cât mai bun acces al populației la serviciile oferite de către medicul de familie și crearea unui mediu concurențial ca premiză a creșterii calității actului medical se vor încheia contracte cu medicii de familie pe tot parcursul anului atât în mediul urban cât și în cel rural în funcție de solicitări, cu încadrarea în necesarul de medici cu liste proprii stabilit de Comisia paritară și cu respectarea numărului minim de persoane înscrise pe listă stabilit prin Normele metodologice și Comisia paritară. De asemenea se vor încheia contracte cabinete medicale înființate ca urmare a preluării unui praxis.

Asistența medicală ambulatorie de specialitate clinică

Bugetul alocat acestui capitol de asistență este de 55.029 mii lei.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, după caz, înregistrat și autorizat furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

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

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

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

Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor stabilite de comisia paritară, pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână și mai puțin de 5 zile pe săptămână. În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele multifuncționale fără personalitate juridică din structura spitalelor intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate astfel:

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

a) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program de minimum 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, respectiv un program sub 35 de ore/săptămână, reprezentantul legal încheie contract pentru servicii medicale, acordate în ambulatoriu, care sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate;

b) pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor și în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor lit. a).

Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate. Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. Medicii de specialitate din specialitățile clinice pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, vor funcționa cu minimum un asistent medical / soră medicală / moașă, programul acestuia putând fi normă întreagă sau fracțiune de normă.

Comisia paritară pentru asistența ambulatorie pentru specialitățile clinice și de recuperare reabilitare organizată conform art 20 și art 40 din HG696/2021 stabilește:

- numărul necesar de medici de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru anul 2021 stabilind și necesarul de medici pe fiecare specialitate în parte;
- numărul de norme necesare pe fiecare specialitate clinică recuperare reabilitare pe județ
- zonele deficitare din punct de vedere al existenței medicilor de anumite specialități

Hotărârile comisiei vor fi comunicată prin afișare pe pagina web a CAS Bihor.

Valoarea minim garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 4,00 lei. Valoarea definitivă se stabilește trimestrial pînă la 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru , este unică pe țară și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu.

În baza competenței/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu.

La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură,

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

respectiv tariful pe consultație de 13 lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalcă pe trimestre și pe luni.

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

- numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.
- serviciile de acupunctură-caz, se contractează și se raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare.

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

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialități medicale clinice încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungește corespunzător. Aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca urmare a trimerii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

CAS Bihor încheie contracte de furnizare servicii medicale în scop diagnostic numai cu furnizorii care încheie contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și care îndeplinesc suplimentar următoarele condiții de eligibilitate:

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

b). au încheiat contract cu laboratoarele de referință stabilite prin Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică în vigoare, sau, după caz, au în structura proprie laborator de investigații medicale paraclinice, în condițiile prevăzute în norme;

c). furnizorul are în structură maternitate de gradul I, II sau III aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.881/2006 privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme.

Aceste servicii se contractează de către furnizori numai în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, în cadrul programului de lucru.

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

La stabilirea sumei contractate cu casa de asigurări de sănătate de un furnizor pentru servicii medicale în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz, se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz este prevăzut în anexa nr. 7 la Norme. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

Contravaloarea serviciilor în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se suportă din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

În vederea asigurării unui cât mai bun acces al populației la serviciile oferite de către medicul de familie și crearea unui mediu concurențial ca premiză a creșterii calității actului medical se vor încheia contracte cu furnizori de servicii medicale ambulatorii pe tot parcursul anului atât în mediul urban cât și în cel rural în funcție de solicitări, cu încadrarea în necesarul de norme/medici stabilit de Comisia paritară.

Asistența medicală ambulatorie de recuperare reabilitare a sănătății

Bugetul alocat acestui capitol de asistență este de 7.195 mii lei.

Unitățile ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare din structura unor unități sanitare sau unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicală încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică de reabilitare medicală, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor stabilite de Comisia paritară. În situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, vor funcționa cu minimum un asistent medical, programul acestuia putând fi normă întreagă sau fracțiune de normă.

Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

integrat al spitalului își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate. Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână.

Medicii de specialitate din specialitatea reabilitare medicală pot desfășura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncțional, programul de lucru al medicilor și repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislației muncii, de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional, aprobate de managerul spitalului și afișate la loc vizibil.

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

Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungește corespunzător. Aceste investigații medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca urmare a trimiterii de către alți medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar față de cel contractat pentru serviciile medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

Comisia paritară pentru asistența ambulatorie pentru specialitățile clinice și de recuperare reabilitare organizată conform art 20 și art 40 din HG696/2021 stabilește:

- numărul necesar de medici cu specialitatea reabilitare medicală pentru anul 2021;
- numărul de norme necesare pe această specialitate pe județ;
- zone deficitare din punct de vedere al existenței medicilor de specialitate recuperare medicală a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultații/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de reabilitare medicală din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa 10 la ordin;

Hotărârile comisiei vor fi comunicate prin afișare pe pagina web a CAS Bihor.

La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere:

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

- punctajele obținute ca urmare a aplicării criteriilor de selecție. În situația în care, pe parcursul derulării contractului, unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract, începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială. Neanunțarea acestor situații și constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligațiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare.
- numărul de servicii medicale-consultații, respectiv tariful pe consultație, care este de 30 lei iar tariful pe consultație cu efectuare de proceduri este de 40 de lei. Numărul de servicii medicale-consultații de reabilitare medicală acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de servicii medicale-consultații rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultație medicală este necesară o durată în medie de 15 minute, iar pentru o consultație în cadrul căreia se efectuează în cabinetul medical proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente este necesară în medie o durată de 30 minute. Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultații, poate scade sau crește corespunzător;
- numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 lei sau 42 lei. Serviciile medicale zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează pentru un număr de maxim 21 zile/an/ asigurat atât la copii cât și la adulți cu excepția copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maxim 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni, ținându-se cont și de activitatea specifică sezonieră. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară

Bugetul alocat acestui capitol de asistență este de 8.219 mii lei.

Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

asigurări de sănătate limitrofă ori cu CAS AOPSNAJ, după caz, în condițiile stabilite prin norme.

La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

- suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;
- numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;
- gradul profesional. Pentru medicul primar se aplică o majorare de 20%, iar pentru medicul care nu a obținut un grad profesional se aplică o diminuare de 20%;
- pentru medicii din mediul rural suma ajustată cu gradul profesional se majorează cu 50%;
- suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 2.000 lei/lună.

Suma contractată de medicii dentiști pe an se defalcă pe luni și trimestre.

Medicii de medicină dentară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare și panoramice din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, dacă au autorizațiile necesare efectuării acestor servicii și dotările necesare;

Efectuarea acestora e poate face ca o consecință a actului medical propriu, pentru asigurații pentru care este necesar a se efectua aceste investigații în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară.

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice

Bugetul alocat acestui capitol de asistență este de 13.942,14 mii lei.

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate și autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice sau cu CAS AOPSNAJ. Prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice.

Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, reprezentantul legal încheie un singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv pentru cel din centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică, în condițiile prevăzute în norme.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii pe care îi reprezintă, în baza specialității obținute de către aceștia și confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care furnizorul este înregistrat în

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

registru unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător.

Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru/punctele secundare de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociațiune în participațiune ori investițională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, contracte de furnizare de servicii - investigații medicale paraclinice în ambulatoriu, utilizând sume din fondurile aferente asistenței medicale paraclinice.

Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul centrelor de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale paraclinice în condițiile contractului-cadru și ale normelor, serviciile realizate conform contractului încheiat fiind decontate din fondul aferent asistenței medicale paraclinice.

Pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, toți furnizorii de servicii medicale paraclinice trebuie să îndeplinească criteriul de calitate prevăzut în norme.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, cu excepția laboratoarelor de anatomie patologică/laboratoarelor de anatomie patologică organizate ca puncte de lucru din structura lor pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară, își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară/laborator de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară organizat ca punct de lucru din structura sa. În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei. Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii. În sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.

Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice pot desfășura activitate în laboratoarele de investigații medicale paraclinice ale spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu și în laboratoarele organizate în cadrul

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

centrului de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

La stabilirea sumei contractate pentru investigațiile medicale paraclinice se au în vedere:

- punctajele obținute ca urmare a aplicării criteriilor de selecție. În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 19 și 20 la ordin se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea. Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.
- numărul de investigații paraclinice; numărul este orientativ, existând obligația încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adițional.
- tarifele aferente acestora prevăzute în anexa 17 la Norme.

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

Pentru analizele medicale de laborator, recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice.

În situații justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigații medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală și medicină nucleară, pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adițional în limita a maxim 10%, cu excepția lunii decembrie, cu condiția ca această depășire să influențeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adițional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

Consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat:

Bugetul alocat în anul 2021 pentru Consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat - unități private este de 66 mii lei.

Reprezentantul legal al unității specializate private încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ - teritorială își are

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

sediul lucreativ/filiale/puncte de lucru și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, înregistrate, autorizate și evaluate.

Pentru a putea intra încheia contract unitățile specializate private trebuie să aibă implementat sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS și de stocare a informațiilor.

Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unitățile specializate autorizate și evaluate private pentru efectuarea activității de consultații de urgență la domiciliu și a unor servicii de transport sanitar neasistat, are în vedere fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și se stabilește astfel:

1. pentru solicitări pentru consultații de urgență la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulțit cu tariful pe solicitare negociat. Tariful pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu este de 170 lei, tarif care nu cuprinde cheltuielile cu mijlocul de transport în tariful/km.

2 pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri, estimați a fi parcurși, înmulțit cu tariful pe kilometru parcurs. La estimarea numărului de kilometri parcurși se iau în calcul și kilometrii estimați a fi parcurși aferenți consultațiilor de urgență la domiciliu. Tariful decontat unităților specializate private de casele de asigurări de sănătate/km efectiv parcurs în mediul rural/urban pentru autoturisme de transport și intervenție în scop medical pentru consultații de urgență la domiciliu este de 1,42 lei, pentru transportul sanitar neasistat cu ambulanțe tip A1 și pentru ambulanțe tip A2 tariful pe km este de 2,18 lei, iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat tariful pe km este de 1,11 lei.

Tarifele se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

Suma contractată de către unitățile specializate autorizate și evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalcchează pe trimestre și pe luni. Defalcarea pe luni are în vedere și propunerile furnizorilor în raport de condițiile specifice, cu încadrarea în sumele trimestriale aprobate de ordonatorul principal de credite.

Asistența medicală spitalicească

Bugetul alocat asistenței medicale spitalicești-activitate curentă este de 295.153,79 mii lei pentru anul 2021

Casa de asigurări de sănătate:

- încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile/compartimentele care îndeplinesc condițiile de desfășurare a activității în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialității secției/compartimentului, și cu privire la dotările necesare pentru funcționare.
- încheie contracte pentru servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi cu unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, numai dacă acestea asigură prezența a cel puțin un medic de specialitate

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialități medicale și/sau de minimum 7 ore/zi în specialități chirurgicale, după caz.

- încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești, în regim de spitalizare continuă, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Încheie contract cu spitalele de specialitate, spitalele de boli cronice și penitenciarele-spital dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Încheie contract cu spitalele de specialitate care tratează cazuri acute, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu CAS AOPSNAJ. Spitalele din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești numai cu CAS AOPSNAJ, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență. Spitalele din rețeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au sediul, avându-se în vedere la contractare și decontare activitatea medicală acordată asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, situație în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a două/trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, în condiții de siguranță și calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea legislației muncii. Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate se face de către o comisie organizată în baza art 87 alin 3 din HG 696/2021. Hotărârile comisiei vor fi comunicată prin afișare pe pagina web a instituției.

La contractarea serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs. Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;

b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă, în condițiile prevăzute în norme. În situația în care nu sunt întrunite de către nici un furnizor, condițiile pentru acordarea sumei calculate trimestrial din 1%, suma respectivă se utilizează în condițiile lit. a).

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

Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

I. suma aferentă serviciilor medicale spitalicești, pentru afecțiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanțate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabilește astfel:

- număr de cazuri externate contractate x indice case-mix 2021 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2021, respectiv

- număr de cazuri externate contractate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități a1) Suma contractată (SC) de fiecare spital cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, se calculează astfel:

$$SC = P \times (Nr_pat \times IU_pat / DMS_spital) \times ICM \times TCP$$

În formula de mai sus, Nr_pat reprezintă numărul de paturi aprobate și contractabile după aplicarea prevederilor Planului național de paturi, în care nu sunt incluse paturile pentru secțiile și compartimentele de ATI, IU_pat, DMS_spital, TCP și ICM reprezintă indicele de utilizare a paturilor, durata medie de spitalizare la nivel de spital, tariful pe caz ponderat și, respectiv, indicele case-mix. Durata medie de spitalizare la nivel de spital - DMS_spital - este prevăzută în anexa nr. 23 A

IUP pentru secții/compartimente de acuți este 290 zile

Durata medie de spitalizare a fiecărui spital pentru anul 2021 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2019. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2019 mai mică decât media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe secții realizate în anul 2019 prevăzute în anexa nr. 25 la prezentul ordin, durata medie de spitalizare în anul 2021 este de 2,97.

Valoarea procentului de referință (P) este stabilită în raport de clasificarea spitalelor în funcție de competențe conform prevederilor legale în vigoare, respectiv prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, cu modificările și completările ulterioare și este:

a) pentru categoria I: $P = 85\%$;

b) pentru categoria IM: $P = (P - 4)\%$;

c) pentru categoria II: $P = (P - 3)\%$;

d) pentru categoria IIM: $P = (P - 5)\%$;

e) pentru categoria III: $P = (P - 5)\%$;

f) pentru categoria IV: $P = (P - 15)\%$;

g) pentru categoria V: $P = (P - 23)\%$;

h) pentru spitalele neclasificabile: $P = (P - 33)\%$.

a2) Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contractare în formula de la punctul a1) ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



fiecare specialitate ținând cont de valoarea procentului de referință pentru categoria în care se clasifică spitalul, iar DMS_spital se înlocuiește cu DMS_nat de 5,77.

a3) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital și pe secție se vor avea în vedere:

a3.1. Numărul de cazuri externate calculat la suma contractată = SC (suma contractată)/(ICM x TCP) aferente fiecărui spital; rezultatul se rotunjește la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul și TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialități și la numărul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a3.2 Numărul anual de cazuri externate negociat și contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ține seama și de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează și raportează trimestrial evidența acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate și direcțiilor de sănătate publică.

a4) Indicele de case-mix pentru anul 2021 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului. ICM pentru anul 2021 este egal cu ICM realizat în anul 2019 propriu spitalului.

Numărul de cazuri ponderate se obține prin înmulțirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

a5) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2021 este prezentat în anexa nr. 23 A la ordin, se stabilește pentru fiecare spital și rămâne nemodificat pe perioada de derulare a contractului. TCP pentru anul 2021 este egal cu TCP pentru anul 2020.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate - grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel național, mediana duratei de spitalizare în secțiile ATI - național, precum și definirea termenilor utilizați - sunt prevăzute în anexa nr. 23 B la ordin.

În situația în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 23 A la ordin are în structură secții/compartimente de cronici, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a6) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități (non_DRG)

Tariful mediu pe caz rezolvat (non_DRG) se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului și indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2020 și sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinația servicii medicale spitalicești. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Norme.

a7) suma contractată conform prevederilor de mai sus se repartizează pe trimestre și luni; la nivelul fiecărui spital suma lunară prevăzută în contract nu poate fi mai mare decât media lunară stabilită conform formulei prevăzută la lit. a1, respectiv la lit. a2, după caz.

II. Suma pentru spitalele de boli cronice precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătății) din alte spitale, care se stabilește astfel:

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

număr de cazuri externate x durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la ordin sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secții/compartimente se negociază în funcție de:

1.1. media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ținându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătății, după caz) și al județului;

1.2. cazurile estimate a fi externate pe spital și pe secție în anul 2021, în funcție de numărul de paturi contractabile, indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secții/compartimente de cronici și de durata de spitalizare prevăzută în anexa nr. 25 la Norme sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019, pentru secțiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea prevăzută în anexa nr. 25 la Norme, dar nu mai mică de 75% față de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1), după caz.

Indicele de utilizare paturi pentru secții/compartimente de cronici și îngrijiri paliative este 320 zile, iar pentru secții/compartimente de cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) este 360 zile.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secție/compartiment se ține seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ține evidența acestor indicatori.

Numărul de cazuri externate, obținut în condițiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

2. Durata de spitalizare pe secții este valabilă pentru toate categoriile de spitale și este prevăzută în anexa nr. 25 la Norme.

Pentru secțiile/spitalele cu internări obligatorii pentru bolnavii aflați sub incidența art. 109, art. 110, art. 124 și art. 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmării penale, pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani), precum și pentru secțiile/compartimentele de neonatologie - prematuri din maternitățile de gradul II și III, psihiatrie cronici și pneumoftiziologie adulți și copii se ia în considerare durata de spitalizare efectiv realizată în anul 2019.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secție/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secțiile și compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcție de particularitățile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximele prevăzute în anexa nr. 23 C la Norme.

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

4. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condițiile asistenței medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabilește astfel:

Numărul de paturi contractabile pentru anul 2021 x indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel național pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 23 C la Norme.

III. Suma pentru serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz rezolvat este prevăzut în anexa nr. 22 la Norme. Serviciile medicale care se acordă în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt prevăzute în anexa nr. 22 litera B punctul B.3.2 pozițiile 34 și 35 sunt decontate prin tarif pe serviciu medical și sunt considerate servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi numai pentru situațiile neinternate prin spitalizare continuă. Numărul serviciilor medicale se negociază cu casele de asigurări de sănătate în limita fondurilor alocate.

Îngrijiri medicale/paliative la domiciliu:

Bugetul alocat acestui tip de asistență pentru anul 2021 este de 821 lei mii lei.

Serviciile de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu se acordă de către furnizori persoane fizice sau juridice autorizate și acreditate sau înscrise în procesul de acreditare în condițiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri.

Furnizorii de îngrijiri medicale/paliative la domiciliu încheie contracte casa de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcționării cu personal de specialitate.

1. Furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu au obligația existenței a cel puțin unui medic care își desfășoară activitatea într-o formă legală.

În vederea stabilirii valorii de contract personalul este punctat proporțional cu timpul lucrat la furnizor.

Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc astfel:

a. se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor conform structurii de personal medico-sanitar care

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

b. se calculează valoarea unui punct prin împărțirea sumei cu destinația îngrijiri medicale la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toți furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

c. valoarea unui punct obținută conform literei b se înmulțește cu numărul de puncte obținut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) - (3), se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații - cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv

2. Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu organizează echipe multidisciplinare. Echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este formată din minim un medic cu normă întreagă cu competență/atestat de studii complementare de îngrijiri paliative, doi asistenți medicali cu normă întreagă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, un psiholog specializat în psihologie clinică/consiliere psihologică/psihoterapie, cu jumătate de normă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, precum și un fizioterapeut cu studii aprofundate în îngrijiri paliative cu un sfert de normă, având studii aprofundate în îngrijiri paliative la domiciliu. La furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu își poate desfășura activitate și alt personal, în funcție de nevoile pacienților aflați în îngrijire. În vederea stabilirii valorii de contract se are în vedere punctajul corespunzător numărului de echipe multidisciplinare.

Fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu obține un punctaj corespunzător numărului de echipe multidisciplinare cu componență minimă.

Se consideră o normă întreagă astfel:

- pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un psiholog - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)
- pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)
- pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

Pentru fiecare echipă multidisciplinară cu componență minimă, un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu primește 20 de puncte. Nu se punctează personalul calificat care își desfășoară activitatea la furnizor în afara componenței minime a echipelor multidisciplinare. O normă întreagă poate fi acoperită și de mai multe persoane cu aceeași calificare profesională.

Programul de activitate al furnizorului, solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu. Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu. Pentru activitatea desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu obligația ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici și de celălalt personal din cadrul echipei multidisciplinare care acordă în zilele respective servicii de îngrijiri paliative conform planurilor de îngrijire, și care își desfășoară activitate într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc astfel:

a. se stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor conform numărului de echipe multidisciplinare cu componență minimă formate din personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu;

b. se calculează valoarea unui punct prin împărțirea sumei cu destinația îngrijiri paliative la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toți furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c. valoarea unui punct obținută conform literei b se înmulțește cu numărul de puncte obținut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate. Suma contractată se defalchează pe trimestre și luni;

d. suma maxim posibil de contractat de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate nu poate depăși valoarea rezultată din înmulțirea tarifului pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu cu numărul maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de furnizorul respectiv conform structurii de echipe multidisciplinare cu componență minimă și programului de lucru al personalului din componența echipei;

Numărul maxim de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de o echipă multidisciplinară cu componență minimă de îngrijiri paliative la domiciliu este de 18 vizite/zi.

În situația în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu, se modifică în sensul diminuării față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații - cel târziu în ziua în care modificarea produce

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea. Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare și a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului. Sumele obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv

Dispozitive medicale:

Bugetul alocat acestui tip de asistență pentru anul 2021 este de 5.187 mii lei.

Dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive/ punctele de lucru ale acestora care, în vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- sunt avizați de Ministerul Sănătății/ Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, conform prevederilor legale în vigoare, cu excepția farmaciilor care dețin autorizație de funcționare emisă de Ministerul Sănătății în acest sens;
- sunt evaluați potrivit dispozițiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare – pentru furnizorii care desfășoară doar activitate de comercializare a dispozitivelor medicale;
- sunt acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare – pentru furnizorii care fabrică dispozitive medicale la comandă, precum și pentru furnizorii care desfășoară atât activitate de comercializare a dispozitivelor medicale cât și de fabricare a dispozitivelor medicale la comandă;
- transmit, în vederea încheierii contractului, documentele solicitate la termenele stabilite pentru contractare.

Medicamente și materiale sanitare

Bugetul alocat anului 2021 medicamentelor cu și fără contribuție personală este de **164.941,62 mii lei** din care:

- activitate curentă – 95.398 mii lei
- personal contractual – 14,10 mii lei
- medicamente 40% conform HG 186/2009- 3.849 mii lei
- cost volum-rezultat 60.250,35 mii lei

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4

Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

- cost volum - 5.430,17 mii lei

Se vor încheia contracte cu furnizorii de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu autorizați și evaluați care depun documentele solicitate la termenele stabilite.

Reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta încheie un singur contract pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective sau cu CAS AOPSNAJ.

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și cu CAS AOPSNAJ.

Pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum și cost-volum-rezultat reprezentantul legal al societății farmaceutice sau persoana mandatată în mod expres de acesta încheie distinct cu casa de asigurări de sănătate acte adiționale la contractul pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

În situația în care societatea farmaceutică intră în relație contractuală numai pentru eliberarea medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, casa de asigurări de sănătate încheie contract în acest sens.

În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective sau cu CAS AOPSNAJ. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficine locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme.

Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult două farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care la una dintre farmacii asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.

În cazul unei farmacii aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă deținătorul autorizației de funcționare, iar noul deținător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiția ca aceasta să își desfășoare activitatea la același sediu și în aceleași condiții avute în vedere la contractare. Noul deținător al autorizației de funcționare are obligația de a depune, în

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,
E-mail:



C.N.A.S.

termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizației de funcționare de către Ministerul Sănătății, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător.

Nerespectarea acestei obligații conduce la excluderea farmaciei din contractul noului deținător al autorizației de funcționare cu casa de asigurări de sănătate.

În situația mai sus în cazul în care farmacia își mută sediul, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data depunerii la casa de asigurări de sănătate a dovezii de evaluare a farmaciei la noul sediu împreună cu notificarea casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu respectarea condițiilor de la alinatul precedent

În cazul în care noul deținător al autorizației de funcționare a farmaciei nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data transferului farmaciei, introducerea acesteia în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se realizează cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalca pe trimestre și luni.

Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Medicamentele în tratamentul ambulatoriu ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat și cost volum se eliberează de către farmaciile aflate în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Convenții

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști/medicii stomatologi din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura

CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR

ORADEA, Șos. Borșului km. 4
Tel. 0259/476830 - fax. 0259/454184,

E-mail:



C.N.A.S.

spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia.

Pentru a încheia convenție cu casele de asigurări de sănătate medicii trebuie să dețină semnătură electronică extinsă.

DIRECTOR GENERAL,

Jr. Dorel Dulău