CAPITOLUL II

 **Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice**

 SECŢIUNEA 1

 **Condiţii de eligibilitate**

 ART. 23

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

 a) sunt autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;

 b) sunt evaluaţi potrivit dispoziţiilor art. 253 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru furnizorii exceptaţi de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidenţa prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare;

 c) sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, pentru furnizorii pentru care există obligaţia acreditării potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările şi completările ulterioare şi, respectiv, sunt acreditaţi pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

 d) depun, în vederea încheierii contractului, documentele prevăzute la art. 25 alin. (1) în condiţiile alin. (2) şi (3) din acelaşi articol, în termenele stabilite pentru contractare.

 (2) Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice se asigură de:

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

 b) pentru acupunctură, de către medici care au obţinut supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare de acupunctură, certificaţi de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în această activitate şi încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare;

 c) pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu de către:

 1. medici de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv de către medici de specialitate medicină de familie care au obţinut supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificaţi de Ministerul Sănătăţii şi care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialităţii, cât şi a competenţei;

 2. medici de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie care au obţinut supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificaţi de Ministerul Sănătăţii care lucrează exclusiv în această activitate şi încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza supraspecializării/competenţei/atestatului de studii complementare.

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

 a) cabinete medicale organizate potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

 b) unităţi medico-sanitare cu personalitate juridică înfiinţate potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

 c) unităţi sanitare ambulatorii de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;

 d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, organizat potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului, inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;

 e) unităţi sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;

 f) centre de diagnostic şi tratament, centre medicale şi centre de sănătate multifuncţionale - unităţi medicale cu personalitate juridică;

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

 h) societăţi de turism balnear şi de medicină fizică şi de reabilitare, constituite potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care îndeplinesc condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 143/2003.

 ART. 24

 (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialităţi clinice, inclusiv cu medici cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, respectiv atestat/competenţă. În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi poate acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat. În situaţia în care un medic are o specialitate/mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, cât şi supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţii/specialităţilor respective şi servicii de îngrijiri paliative, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi şi pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

 (2) Cabinetele medicale de planificare familială care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, precum şi cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi medici care au obţinut competenţă/atestat de studii complementare de planificare familială, certificaţi de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în aceste activităţi, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familială.

 (3) Cabinetele medicale de îngrijiri paliative în ambulatoriu în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialităţi clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie şi medici de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, cu supraspecializare/competenţă/atestat de îngrijiri paliative certificate de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în aceste activităţi, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

 (4) Numărul necesar de medici de specialitate şi numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu pe judeţe, pentru care se încheie contractul, se stabileşte de către comisia formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor şi ai direcţiilor de sănătate publică, respectiv ai direcţiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin\*) al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică. Comisia stabileşte numărul necesar de medici şi numărul necesar de norme. Pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu prin normă se înţelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi şi, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialităţile clinice, respectiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se ajustează în mod corespunzător. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, reprezentanţi ai organizaţiilor patronale şi sindicale şi ai societăţilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu reprezentative la nivel judeţean, în condiţiile în care sunt constituite astfel de organizaţii la nivel local.

 (5) Comisia prevăzută la alin. (4) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (4), de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar, la nivel naţional, aprobat prin ordin\*\*) al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.

 (6) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătăţii, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcţii al Ministerului Sănătăţii, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relaţie contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, raportează serviciile conexe efectuate de aceştia prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective. Serviciile publice de sănătate conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate potrivit prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare şi, după caz, organizate potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016 privind organizarea şi exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum şi pentru înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Fizioterapeuţilor din România, cu modificările ulterioare, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

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

 a) au organizat atât ambulatoriul de specialitate clinic, cât şi structura de spitalizare de zi în aceeaşi specialitate pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu; această condiţie este obligatorie pentru toţi furnizorii care contractează acest tip de servicii;

 b) au încheiat contract cu laboratoarele de referinţă stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 964/2022 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică, cu modificările şi completările ulterioare sau, după caz, au în structura proprie laborator de investigaţii medicale paraclinice, în condiţiile prevăzute în norme;

 c) furnizorul are în structură maternitate aprobată prin Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1881/2006 privind ierarhizarea unităţilor spitaliceşti, a secţiilor şi compartimentelor de obstetrică-ginecologie şi neonatologie, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute în norme.

**#CIN**

***\*)*** *A se vedea anexa nr. 2 - Criterii ce stau la baza îndeplinirii atribuţiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 24 alin. (4) şi (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate - pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu - la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1898/450/2023.*

***\*\*)*** *A se vedea anexa nr. 2 - Regulament-cadru de organizare şi funcţionare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 24 alin. (4) şi (5) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate - pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu - la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1944/448/2023.*

**#B**

 SECŢIUNEA a 2-a

 **Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale**

 ART. 25

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 f) lista, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar care intră sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care îşi desfăşoară activitatea în mod legal la furnizor, precum şi programul de lucru al acestuia, conform modelului prevăzut în norme. Lista cuprinde informaţii necesare încheierii contractului;

 g) programul de activitate al cabinetului/punctului de lucru/punctelor de lucru secundare, după caz, conform modelului prevăzut în norme;

 h) actul doveditor privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de îngrijiri paliative în ambulatoriu şi furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă şi calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, cu modificările şi completările ulterioare şi, după caz, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, respectiv potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru fizioterapeuţi, se va solicita şi autorizaţie de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare şi documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, după caz;

 i) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

 j) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicală/moaşa care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

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

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

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

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

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

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

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

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

 SECŢIUNEA a 3-a

 **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

 ART. 26

 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu şi acupunctură, au următoarele obligaţii:

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

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

 2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea garantată, respectiv cu tarifele corespunzătoare aferente serviciilor de acupunctură/serviciilor medicale diagnostice - caz; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

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

 c) să asigure utilizarea:

 1. formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice şi prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope - conform prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acesteia şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform instrucţiunilor privind modul de utilizare şi completare a acestora; să asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementează;

 2. formularului de scrisoare medicală; medicul de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicul medicul cu supraspecializare/atestat/competenţă de îngrijiri paliative eliberează scrisoare medicală pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea;

 3. prescripţiei medicale electronice pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe care o eliberează ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii se face corespunzător denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; să completeze prescripţia medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform normelor metodologice privind utilizarea şi modul de completare a formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012, cu modificările şi completările ulterioare.

 În situaţia în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele din programele naţionale de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, iar prescripţia se eliberează în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

 4. formularului de recomandare pentru dispozitive medicale, precum şi formularului pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu numai pentru dispozitivele medicale/serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate, al căror model este prevăzut în norme; recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme; recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuţi în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 253/2018, cu modificările şi completările ulterioare;

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

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

 f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care are obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

 h) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

 i) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare; în situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

 j) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate, emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

 k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate şi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Aplicaţia informatică sau sistemul informatic folosit trebuie să fie compatibile cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate şi să respecte specificaţiile de interfaţare publicate;

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

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

 n) să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor prevăzute în norme, serviciilor de planificare familială, precum şi a serviciilor medicale diagnostice-caz. Lista cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, se stabileşte prin norme. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu;

 o) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru alte specialităţi clinice, a biletului de trimitere pentru internare, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct, prin poşta electronică sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme;

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

 q) să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, privind programarea persoanelor asigurate şi a persoanelor neasigurate pentru serviciile medicale programabile;

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

 s) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

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

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

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

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

 v) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

 w) să respecte prevederile art. 159, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;

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

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

 ART. 27

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

**#M3**

 *a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor; serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispoziţiile art. 223 şi art. 337 alin. (2^1), (3) şi (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;*

**#B**

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

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

 d) pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate iar consultaţia respectivă nu este raportată în vederea decontării de casa de asigurări de sănătate în condiţiile art. 35 alin. (3) şi (4);

**#M3**

 *d^1) pentru anul 2024, pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate, precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau ale căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii pot elibera bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultaţii stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;*

**#B**

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

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

 SECŢIUNEA a 4-a

 **Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate**

 ART. 28

 În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru acupunctură şi îngrijiri paliative, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

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

**#M3**

 *b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor;*

**#B**

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

 d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi prin poşta electronică;

 e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (2) furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

 f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 391/187/2015 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori, în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

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

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

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

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

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

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

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

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

 o) să pună la dispoziţia furnizorilor cu care se află în relaţii contractuale formatul în care aceştia afişează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare, format stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

 p) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacităţii tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora şi au competenţa legală necesară, după caz.

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

 SECŢIUNEA a 5-a

 **Condiţii specifice**

 ART. 29

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

 (2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, acupunctură şi îngrijiri paliative în ambulatoriu, au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

 (3) Fiecare medic de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenţă atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 23 alin. (3) îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-şi majora programul de activitate în condiţiile prevăzute la art. 32 alin. (2).

 Excepţie fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfăşura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat potrivit prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăşi 17,5 ore/săptămână. Prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înţelege personalul didactic integrat, astfel cum este prevăzut la art. 165 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

 (4) Medicii de specialitate din specialităţile clinice, inclusiv medicii cu supraspecializare/competenţă atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, pot desfăşura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi 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 multifuncţional, programul de lucru al medicilor şi repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislaţiei muncii, de medicul-şef al centrului de sănătate multifuncţional, aprobate de managerul spitalului şi afişate la loc vizibil.

 (5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, care au autorizaţiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sănătăţii şi 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 adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile stabilite prin norme.

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

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

 ART. 30

 În cadrul asistenţei medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de specialitate, în condiţiile prevăzute în norme.

 ART. 31

 Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal. Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcţionează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moaşă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moaşei acoperă minimum jumătate din programul de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

 ART. 32

 (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialităţile clinice, indiferent de forma de organizare, îşi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraţilor pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor în care pentru anumite specialităţi există localităţi/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituită potrivit art. 24 alin. (4), pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână şi mai puţin de 5 zile pe săptămână.

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

 (3) Cabinetele medicale de specialitate din specialităţile clinice, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor şi în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică din structura spitalelor, pot intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru un program de minimum 35 de ore/săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână sau pentru un program sub 35 de ore/săptămână şi mai puţin de 5 zile pe săptămână. Reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalului şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi spital, iar serviciile medicale sunt decontate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate.

 SECŢIUNEA a 6-a

 **Decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate**

 ART. 33

 Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe serviciu medical în scop diagnostic - caz şi tariful pe serviciu medical - consultaţie/caz, exprimat în lei.

 ART. 34

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

 a) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru specialităţile clinice, stabilită în funcţie de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea furnizorului, de gradul profesional al medicilor şi de valoarea garantată a punctului, stabilită în condiţiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Valoarea garantată a punctului este unică pe ţară, se calculează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, fiind stabilită în norme;

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

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

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

 e) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru serviciile de îngrijiri paliative în ambulatoriu, stabilită în funcţie de numărul de puncte corespunzătoare consultaţiilor şi de valoarea garantată a punctului, stabilită în condiţiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent consultaţiei şi condiţiile de acordare se stabilesc în norme;

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

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

 a) medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; medicii de specialitate din unităţile ambulatorii prevăzute la art. 23 alin. (3), cu respectarea condiţiilor prevăzute la alin. (5);

 b) medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti, numai pentru elevi/studenţi, în condiţiile prevăzute în norme;

 c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale;

 d) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea metodologică a Autorităţii Naţionale pentru Protecţia Drepturilor Persoanelor cu Dizabilităţi, numai pentru persoanele asistate în aceste instituţii şi numai în condiţiile în care aceste persoane nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

 e) medicii care acordă asistenţă medicală din direcţiile generale de asistenţă socială şi protecţia copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială în condiţiile legii şi numai în condiţiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

 f) medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

 g) medicii dentişti/medicii stomatologi şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, numai pentru elevi, respectiv studenţi; medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

 h) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

 i) medicii din unităţile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Naţional de Supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică şi care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţi clinice.

 (3) Fac excepţie de la prevederile alin. (2) urgenţele şi afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, prevăzute în norme, serviciile de planificare familială, precum şi serviciile medicale în scop diagnostic - caz, prevăzute la art. 29 alin. (6).

 (4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (2) lit. b), d) - f), i) casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situaţia prevăzută la alin. (2) lit. g), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru specialităţile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar. Pentru situaţia prevăzută la alin. (2) lit. h), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, pentru serviciile medicale clinice. Medicii prevăzuţi la alin. (2) lit. b), d) - g) şi h) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, cu excepţia dentiştilor/medicilor dentişti/medicilor stomatologi din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenţie cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J.

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

 ART. 35

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

**#M3**

 *(1^1) Pentru semestrul I al anului 2024, valoarea garantată a punctului pe serviciu medical se menţine la nivelul valorii valabile în semestrul II al anului 2023.*

 *(1^2) Pentru semestrul II al anului 2024, în vederea stabilirii valorii garantate a unui punct pe serviciu, din fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice la nivel naţional se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) şi suma destinată plăţii activităţii desfăşurate în semestrul I al anului 2024.*

**#B**

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

 (3) Consultaţiile acordate asiguraţilor de medicii de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în primele 11 luni ale anului şi care depăşesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative desfăşurate în luna decembrie, în condiţiile prevăzute în norme.

 (4) Prin excepţie, în anul 2023, consultaţiile acordate asiguraţilor de medicii de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în perioada 1 iulie 2023 - 30 noiembrie 2023 şi care depăşesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de specialitate cu specialităţi clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, desfăşurate în luna decembrie, în condiţiile prevăzute în norme.

**#M3**

 *(5) Pentru anul 2024, prevederile alin. (3) nu se aplică.*

**#B**

 ART. 36

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

 SECŢIUNEA a 7-a

 **Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate**

 ART. 37

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

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

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

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

 a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

 (3) În cazul în care în perioada derulării contractului structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi alte organe competente constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, iar furnizorul nu poate face dovada efectuării acestora pe baza evidenţelor proprii, se aplică drept sancţiune o sumă stabilită prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriul de specialitate, inclusiv pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau prin aplicarea unui procent de 10% la contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii şi se recuperează contravaloarea acestor servicii.

 (4) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 26 lit. f), h) şi m), se aplică următoarele sancţiuni:

 a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

 (5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 26 lit. ş), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

 Pentru punerea în aplicare a sancţiunii, nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 26 lit. ş) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripţiile medicale electronice off-line. În situaţia în care medicul prescriptor se află în relaţie contractuală cu altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract farmacia care a eliberat medicamentele, casa de asigurări de sănătate care decontează contravaloarea medicamentelor informează casa de asigurări de sănătate ce are încheiat contract cu medicul prescriptor care va verifica şi după caz, va aplica sancţiunile prevăzute de prezentul contract-cadru.

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

 (7) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 26 lit. y) se reţine contravaloarea consultaţiei.

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

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

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

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

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

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

 (12) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5), (7) şi (8) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

 ART. 38

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

 a) încetarea valabilităţii sau revocarea/retragerea/anularea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 25 alin. (1) lit. b) - e) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării acestora;

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

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

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

 e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR nu este avizat pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, acesta nemaiputând desfăşura activitate în cadrul contractului, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

 (2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - e), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract pentru serviciile de acupunctură şi pentru serviciile prevăzute la art. 29 alin. (6) se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

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

 ART. 39

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

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

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

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

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

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

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

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

 h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 29 alin. (3);

 i) odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 37 alin. (1) - (4).

 ART. 40

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

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

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

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

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

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

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

 b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

 c) acordul de voinţă al părţilor;

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

 e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 38 alin. (1) lit. a), cu excepţia încetării valabilităţii/revocării/retragerii/anulării dovezii de evaluare/dovezii de acreditare/înscriere în procesul de acreditare a furnizorului.