

# NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A UNITĂȚILOR DE DIALIZĂ PUBLICE SI PRIVATE

## CAPITOLUL I

### Condiții generale

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a unităților de dializă publice si private intră numai furnizorii autorizați de Ministerul Sănătății Publice.

(2) Stațiile de dializă, centrele de dializă și unitățile de dializă satelite unui centru de dializă, publice si private și alte structuri organizate pentru a furniza servicii de dializă se evaluează conform standardelor pentru evaluare prevăzute în Anexa 19 și metodologiei aplicate unităților de dializă publice si private.

Art.2. - Evaluarea unităților de dializă publice si private se face de către Subcomisia Națională de Evaluare a Unităților de Dializă Publice si Private. Sediul acestei subcomisii se afla la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art.3. - Subcomisia Națională de Evaluare a Unităților de Dializă Publice si Private, denumită in continuare SCNEUD, este înființată in baza ordinului ministrului sănătății publice si al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 637/241 din 02.06.2006. SCNEUD elaborează standardele si criteriile de evaluare a unităților de dializă, metodologia de evaluare precum si propriul regulament de funcționare.

## CAPITOLUL II

### Etapele procesului de evaluare

Art. 4. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Unitatea de dializă publică si privată care solicită evaluarea face o cerere adresată SCNEUD, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul Șef al CNAS desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) vizita în vederea evaluării se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei în vederea evaluării este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la SCNEUD;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de furnizor;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun SCNEUD;
- g) un exemplar al procesului verbal rămâne la furnizor;
- h) SCNEUD emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare al căror model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv anexa nr. 6 și programează vizite de evaluare suplimentare la unitățile de dializă care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

## CAPITOLUL III

### Evaluarea unității de dializă publică și privată

Art. 5. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, însă nu în cadrul structurii de control sau audit a acesteia, programe și contractare, implicați în derularea serviciilor de dializă; sau experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunei unități de dializă;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 6. - Evaluatorii din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt desemnați de către directorul general al acesteia.

Art. 7. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea SCNEUD.

Art. 8. - Vizita în vederea evaluării unității de dializă :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc din partea Medicului Șef al CNAS o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării la respectivul furnizor (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de unitatea de dializă publică sau privată și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele de evaluare;
- f) reprezentantul legal al unității de dializă publică sau privată contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la unitatea de dializă;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al unității de dializă;
- h) SCNEUD ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării ;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la SCNEUD.

## CAPITOLUL IV

### Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare

Art. 9. - SCNEUD emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 10. - Unitatea de dializă poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la CNESAS. Contestațiile trimise de unitățile de dializă vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor considerate îndeplinite.

Art. 11. - CNESAS va lua o decizie care va fi comunicată unității de dializă în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval CNESAS va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 12. - SCNEUD păstrează un dosar pentru fiecare unitate de dializă care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de unitatea de dializă publică sau privată și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau,
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al unității de dializă..... aflată la adresa, str..... nr..... localitatea ..... județul ..... telefon..... fax.....având actul de înființare sau de organizare nr.....autorizația sanitară de funcționare/raport de inspecție nr.....cod fiscal.....contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul nr.....deschis la Banca.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până la.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar nr.....autorizații de liberă practică/certificatele de membru ale Colegiului Medicilor din România pentru un număr de.....angajați, solicit evaluarea unității de dializă.

Anexez documentele solicitate conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Unităților de Dializă.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării unității de dializă, precum și acces liber în spațiile acesteia.

Furnizorul este de condus de .....  
.....care se legitimează cu BI/CI Seria.....Nr.....  
și are contractul de muncă nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Subcomisiei Naționale de Evaluare a Unităților de Dializă

Nr.....  
Data.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE A UNITĂȚILOR DE  
DIALIZĂ PUBLICE SI PRIVATE  
pentru evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu  
BI/CI seria..... nr..... și domnul / doamna .....  
care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... pentru a efectua vizita de  
evaluare nr.....la unitatea de dializă.....  
cu adresa:.....localitatea.....  
la data.....  
Au primit în acest scop chestionarul de evaluare nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A UNITĂȚILOR DE DIALIZĂ  
PUBLICE SI PRIVATE**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Subcomisiei Naționale de Evaluare a Unităților de Dializă Publice si Private  
..... și subsemnatul / subsemnata ..... evaluator  
al Subcomisiei Naționale de Evaluare a Unităților de Dializă Publice si Private,  
desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita de evaluare nr.....,  
am efectuat această vizită la adresa indicată, la data..... și am completat  
chestionarul nr..... aferent dispoziției pentru vizita de evaluare. Vizita în vederea  
evaluării a fost efectuată în prezența conducătorului unității de dializă, domnul /  
doamna ....., iar rezultatele acesteia sunt  
consemnate în chestionarul nr.....  
Unitatea de dializă a obținut .....DA.....NU

Conducător al unității de dializă.....

Semnătura.....

Ștampila unității de dializă.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A UNITĂȚILOR DE DIALIZĂ  
PUBLICE SI PRIVATE**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate /expert propus ca evaluator pentru evaluarea unităților de dializă publice si private, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art.5, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea unităților de dializă publice si private. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea unităților de dializă publice si private în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura.....

Data.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A UNITĂȚILOR DE DIALIZĂ  
PUBLICE SI PRIVATE**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Furnizorul.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....județul/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... actul de înființare sau de  
organizare nr.....autorizația sanitară de funcționare nr.....cod  
fiscal.....contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul  
nr.....deschis la Banca.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

PREȘEDINTE,

.....



Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A UNITĂȚILOR DE DIALIZĂ  
PUBLICE SI PRIVATE**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Furnizorul.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....judet/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... actul de înființare sau de  
organizare nr.....autorizația sanitară de funcționare nr.....cod  
fiscal.....contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul  
nr.....deschis la Banca.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la.....

PREȘEDINTE,

.....

# **NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ ȘI TRANSPORT SANITAR**

## **CAPITOLUL I**

### **Condiții generale**

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar intră numai furnizorii autorizați de Ministerul Sănătății Publice.

(2) Punctele de lucru ale furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar se evaluează conform standardelor aplicate furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar prevăzute în Anexele 20, respectiv 21 și normelor metodologice de evaluare.

Art.2. - Evaluarea furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar se face de către Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Asistență Medicală de Urgență Prespitalicească și Transport Sanitar. Sediul acestei subcomisii se află la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art.3. - Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Asistență Medicală de Urgență și Transport Sanitar, denumită în continuare SCNEFAMUPTS, este înființată în baza ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 637/241 din 02.06.2006. SCNEFAMUPTS elaborează standardele și criteriile de evaluare a furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar, metodologia de evaluare precum și propriul regulament de funcționare.

## **CAPITOLUL II**

### **Etapile procesului de evaluare**

Art. 4. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Furnizorul de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar care solicită evaluarea face o cerere adresată SCNEFAMUPTS, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul – Șef al CNAS desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei în vederea evaluării este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la SCNEFAMUPTS;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de furnizor;

- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun SCNEFAUTS;
- g) un exemplar al procesului verbal rămâne la evaluator;
- h) SCNEFAUTS emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al căror model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv anexa nr. 6, și programează vizite de evaluare suplimentare la furnizorii de asistență medicală de urgență și transport sanitar care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

### **CAPITOLUL III**

#### **Evaluarea furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar**

Art. 5. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, însă nu în cadrul structurii de control sau audit a acesteia, sau experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunui furnizor de asistență medicală de urgență și transport sanitar;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 6. - Evaluatorii din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt desemnați de către directorul general al acesteia.

Art. 7. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea SCNEFAMUPTS.

Art. 8. - Vizita în vederea evaluării furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar:

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc din partea Medicului - Șef, o dispoziție pentru vizita de evaluare la respectivul furnizor (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de furnizorul de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare corespunzătoare tipului de furnizor evaluat;
- f) reprezentantul legal al furnizorului contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la furnizor;

- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar;
- h) SCNEFAMUPTS ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele în vederea evaluării efectuate;
- i) după efectuare vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la SCNEFAMUPTS.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 9. - SCNEFAMUPTS emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 10. - Furnizorii de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar pot contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării, la SCNEFAMUPTS. Contestațiile trimise de furnizorii de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor considerate îndeplinite.

Art. 11. - SCNEFAMUPTS va lua o decizie care va fi comunicată furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval SCNEFAMUPTS va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 12. - SCNEFAMUPTS păstrează un dosar pentru fiecare furnizor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de furnizorul de asistență medicală de urgență și transport sanitar și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau,
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească / transport sanitar..... aflat la adresa, str..... nr..... localitatea ..... județul .....telefon.....fax.....având act de înființare/organizare nr.....autorizația sanitară de funcționare nr..... cod fiscal.....contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul nr.....deschis la Banca.....autorizații de liberă practică pentru un număr de .....angajați, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr..... dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar, solicit evaluarea furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească / transport sanitar.

Anexez documentele solicitate de Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Asistență Medicală de Urgență Prespitalicească și Transport Sanitar.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească / transport sanitar / punctului de lucru, precum și acces liber în spațiile acestuia.

Furnizorul are următoarele puncte de lucru/substații .....  
.....  
.....

Furnizorul este de condus de .....

Punctul de lucru al furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească / transport sanitar este de condus de.....care se legitimează cu BI/CI Seria.....Nr..... și are contractul de muncă nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Asistență Medicală de Urgență Prespitalicească și Transport Sanitar

Nr.....  
Data.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ ȘI  
TRANSPORT SANITAR  
pentru evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu  
BI/CI seria..... nr..... și domnul / doamna  
..... care se legitimează cu BI/CI seria.....  
nr..... pentru a efectua vizita de evaluare nr..... la furnizorului de asistență  
medicală de urgență prespitalicească/ transport sanitar / punctul de lucru  
..... al furnizorului de asistență medicală de  
urgență prespitalicească/ transport sanitar ..... cu  
adresa: ..... localitatea .....  
la data..... Au primit în acest scop chestionarul de evaluare  
nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ ȘI  
TRANSPORT SANITAR**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Asistență Medicală de Urgență  
Prespitalicească și Transport Sanitar și subsemnatul / subsemnata  
..... evaluator al Subcomisiei Naționale de Evaluare a  
Furnizorilor de Asistență Medicală de Urgență Prespitalicească și Transport Sanitar  
desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în vederea evaluării  
nr....., am efectuat această vizită la adresa indicată, la data..... și am  
completat chestionarul nr..... aferent dispoziției pentru vizita în vederea evaluării.  
Vizita în vederea evaluării a fost efectuată în prezența conducătorului furnizorului de  
asistență medicală de urgență prespitalicească / transport sanitar / punctului de lucru,  
domnul / doamna ....., iar rezultatele  
acesteia sunt consemnate în chestionarul nr.....  
Furnizorul de asistență medicală de urgență prespitalicească / transport sanitar a  
obținut .....DA.....NU

Conducător al furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească /  
transport sanitar / punct de lucru

Semnătura.....

Ștampila furnizorului de asistență medicală de urgență prespitalicească / transport  
sanitar / punctului de lucru.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

Data.....

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ ȘI  
TRANSPORT SANITAR**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/ expert propus ca evaluator pentru evaluarea furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 5, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura

.....

Data.....



Nr.....

Data.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ ȘI  
TRANSPORT SANITAR**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Furnizorul/punctul de lucru.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....judet/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... act de înființare/organizare  
nr.....autorizația sanitară de funcționare nr..... cod fiscal.....contul  
nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul nr.....deschis la  
Banca.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

PREȘEDINTE,

.....

Nr.....

Data.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
ASISTENȚĂ MEDICALĂ DE URGENȚĂ PRESPITALICEASCĂ ȘI  
TRANSPORT SANITAR**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Furnizorul/punctul de lucru.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... având act de înființare/organizare  
nr.....autorizația sanitară de funcționare nr..... cod fiscal.....contul  
nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul nr.....deschis  
la Banca.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la.....

PREȘEDINTE,

.....

# **NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

## **CAPITOLUL I**

### **Condiții generale**

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale intră numai furnizorii avizați de Ministerul Sănătății Publice.

(2) Punctele de lucru ale furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale se evaluează conform standardelor prevăzute în Anexele 22, 23, 24, 25 și metodologiei aplicate furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale.

Art.2. - Evaluarea furnizorilor de dispozitive medicale se face de către Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Dispozitive Medicale. Sediul acestei subcomisii se afla la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art.3. - Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Dispozitive Medicale, denumită în continuare SCNEFDM, este înființată în baza ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 637/241 din 02.06.2006. SCNEFDM elaborează standardele și criteriile de evaluare a furnizorilor de dispozitive medicale metodologia de evaluare precum și propriul regulament de funcționare.

## **CAPITOLUL II**

### **Etapile procesului de evaluare**

Art. 4. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Furnizorul de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale care solicită evaluarea face o cerere adresată SCNEFDM, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice specificând tipul de activitate: protezare ORL, protezare membre, producție, comerț;
- b) Medicul – Șef al CNAS desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor de evaluare în vigoare;
- c) vizita în vederea evaluării se face pe baza unui chestionar de evaluare pentru fiecare tip de activitate specificat în cerere, care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;

- d) rezultatul vizitei în vederea evaluării este consemnat într-un proces verbal de evaluare pentru fiecare tip de activitate specificat în cerere, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la SCNEFDM;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de furnizor;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la SCNEFDM;
- g) un exemplar al procesului verbal rămâne la furnizor;
- h) SCNEFDM emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al căror model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv anexa nr. 6 și programează vizite suplimentare în vederea evaluării la furnizorii de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

### **CAPITOLUL III**

#### **Evaluarea furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale**

Art. 5. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, însă nu în cadrul structurii de control sau audit a acesteia, sau experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunui furnizor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 6. - Evaluatorii din Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt desemnați de către directorul general al acesteia.

Art. 7. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea SCNEFDM.

Art. 8. - Vizita în vederea evaluării furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;

- d) evaluatorii primesc din partea Medicului – Șef al CNAS, o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării la respectivul furnizor (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de furnizorul de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare pentru fiecare tip de activitate specificat în cerere, care conține standardele și criteriile de evaluare corespunzătoare tipului de furnizor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale evaluat;
- f) reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale contrasemnează un proces verbal de evaluare, pentru fiecare tip de activitate pentru care a fost completat un chestionar de evaluare, care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar un exemplar al procesului verbal rămâne la furnizorul de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale;
- h) SCNEFDM ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la SCNEFDM.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 9. - SCNEFDM emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 10. - Furnizorul de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la CNESAS. Contestațiile trimise de furnizorii de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 11. - CNESAS va lua o decizie care va fi comunicată furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval CNESAS va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 12. - SCNEFDM păstrează un dosar pentru fiecare furnizor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de furnizorul de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau;
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale..... aflat la adresa, str..... nr..... localitatea ..... județul .....cu Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, act de înființare conform prevederilor legale în vigoare .....avizul de funcționare emis de Ministerul Sănătății Publice nr.....autorizația sanitară de funcționare/raport de inspecție nr.....autorizația/autorizațiile de utilizare a dispozitivelor medicale și/sau, după caz, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale conform tabelului anexat.....contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul nr.....deschis la Banca.....telefon..... solicit evaluarea sediului / punctului de lucru ..... aflat la adresa, Str..... nr..... localitatea ..... Județul .....cod fiscal/CUI.....telefon..... pentru activitatea de

- protezare membre DA/NU
- protezare ORL DA/NU
- producție DA/NU
- comerț DA/NU

Anexez documentele solicitate de Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Dispozitive Medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale / punctului de lucru, precum și acces liber în spațiile acestuia.

Furnizorul are următoarele puncte de lucru .....

.....

.....

Sediul/punctul de lucru este de condus de .....care se legitimează cu BI/CI Seria.....Nr..... și are contractul de muncă nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Dispozitive Medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale

Nr.....

Data.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
DISPOZITIVE MEDICALE  
pentru evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu  
BI/CI seria.... nr..... și domnul / doamna.....  
care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... pentru a efectua vizita de  
evaluare nr..... la sediul/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale  
destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale  
.....sediul/punct de lucru cu adresa:  
Str.....localitatea.....  
Județul..... la data..... Au primit în acest scop chestionarul  
de evaluare nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....



Nr.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR  
DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Dispozitive Medicale destinate  
recuperării unor deficiențe organice sau funcționale și subsemnatul / subsemnata  
..... evaluator al Subcomisiei Naționale de Evaluare a  
Furnizorilor de Dispozitive Medicale destinate recuperării unor deficiențe organice  
sau funcționale desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în  
vederea evaluării nr...., am efectuat această vizită la adresa indicată, la  
data..... și am completat chestionarul nr..... aferent dispoziției pentru  
vizita în vederea evaluării. Vizita în vederea evaluării a fost efectuată în prezența  
conducătorului sediului furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor  
deficiențe organice sau funcționale / punctului de lucru, domnul / doamna  
....., iar rezultatele acesteia sunt  
consemnate în chestionarul nr.....

Furnizorul de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau  
funcționale a obținut .....DA.....NU

Conducător al sediului furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor  
deficiențe organice sau funcționale / punctului de lucru .....

Semnătura.....

Ștampila furnizorului de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe  
organice sau funcționale / punctului de lucru.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

Data.....

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENȚE  
ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate /expert propus ca evaluator pentru evaluarea furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 5, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

.....

Data.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR  
DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Furnizorul .....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....judet/sector.....  
având reprezentant legal pe .....cu Certificatul de înregistrare  
cu cod unic de înregistrare sau, după caz, act de înființare conform prevederilor legale  
în vigoare .....avizul de funcționare emis de Ministerul Sănătății Publice  
nr.....autorizația sanitară de funcționare nr.....contul nr.....deschis la  
Trezoreria statului sau contul nr.....deschis la Banca.....a obținut  
.....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

PREȘEDINTE,

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**SUBCOMISIA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR  
DEFICIENȚE ORGANICE SAU FUNCȚIONALE**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Furnizorul .....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....judet/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu Certificatul de  
înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, act de înființare conform  
prevederilor legale în vigoare .....avizul de funcționare emis de  
Ministerul Sănătății Publice nr.....autorizația sanitară de funcționare  
nr.....contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau contul  
nr.....deschis la Banca.....a obținut .....DA.....NU.

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la.....

PREȘEDINTE,

.....

# NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A SPITALELOR

## CAPITOLUL I

### Condiții generale

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a spitalelor intră spitalele autorizate de Ministerul Sănătății Publice cât și spitalele ministerelor cu rețele sanitare proprii. Procesul de evaluare se realizează conform standardelor prevăzute în Anexa 26 și metodologiei de evaluare.

(2) În prezentele norme metodologice, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt numite în continuare case de asigurări de sănătate.

(3) În prezentele norme metodologice, Comisiile Județene de Evaluare a Spitalelor, Comisia de Evaluare a Spitalelor a Municipiului București, Comisia de Evaluare a Spitalelor a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Comisia de Evaluare a Spitalelor a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt denumite în continuare comisii de evaluare a spitalelor, CES, și sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Spitalelor, denumită în continuare SCNES.

Art. 2. - Evaluarea spitalelor se face de către comisiile județene de evaluare a spitalelor, respectiv Comisia de Evaluare a Spitalelor a Municipiului București, în funcție de județul unde se află spitalul. Sediul acestor comisii se află la serviciul / compartimentul evaluare al casei de asigurări de sănătate.

Art. 3. - Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului își organizează comisii de evaluare proprii pentru a evalua numai spitalele aflate în contract exclusiv cu aceste case de asigurări sau ce doresc să intre în relație contractuală cu acestea.

Art. 4. - Pentru spitalele care doresc să încheie contracte de furnizare de servicii și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și sunt deja evaluate prin comisiile județene de evaluare sau Comisia de Evaluare a Spitalelor a Municipiului București, aceste case de asigurări de sănătate iau în considerare deciziile de evaluare emise de comisiile județene de evaluare a spitalelor și Comisia de Evaluare a Spitalelor a Municipiului București.

Art. 5. - Comisiile de evaluare a spitalelor sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Spitalelor.

## CAPITOLUL II

### Etapele procesului de evaluare

Art. 6. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Spitalul care solicită evaluarea face o cerere adresată comisiilor de evaluare, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul – Șef al casei de asigurări de sănătate desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 3 evaluatori dintre care cel puțin unul este medic, ce vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei de evaluare este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la comisia de evaluare a spitalelor;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de acesta;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la comisia de evaluare a spitalelor;
- g) comisia de evaluare a spitalelor emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al căror model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv anexa nr. 6 și programează vizite suplimentare în vederea evaluării, la spitalele care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei în vederea evaluării de către alți evaluatori.

## CAPITOLUL III

### Evaluarea spitalului

Art. 7. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării spitalului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie - angajați ai caselor de asigurări de sănătate respective, însă nu în cadrul structurii de control, audit sau contractare pentru categoria de furnizori la care participă la contractare , sau
  - angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sau
  - experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național, sau
  - angajați ai caselor județene de asigurări de sănătate pentru evaluare încrucișată interjudețeană coordonată de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunui spital;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 8. - Evaluatorii din cadrul casei de asigurări de sănătate sunt desemnați de către președintele - director general al acesteia.

Art. 9. - În cazul în care la casa de asigurări de sănătate respectivă nu există un număr suficient de evaluatori, aceasta poate solicita trimiterea unor evaluatori de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea comisiei de evaluare a spitalelor.

Art. 11. - Evaluatorii pot solicita reanalizarea faptelor asupra cărora s-au aplicat sancțiuni, la SCNES. Decizia SCNES este definitivă.

Art. 12. - Vizita în vederea evaluării spitalului :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul spital, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc din partea medicului-șef al casei de asigurări de sănătate o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării la respectivul spital (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de spital și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare;
- f) reprezentantul legal al spitalului contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la spital;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al spitalului;
- h) CES ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la comisia de evaluare a spitalelor.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 13. - Rezultatul evaluării stabilește eligibilitatea furnizorului în vederea contractării.

Art. 14. - CES emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 15. - Spitalul poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la SCNES. Contestațiile trimise de spitale vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de

evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 16. - SCNES va lua o decizie care va fi comunicată spitalului în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval SCNES va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 17. - Comisiile de evaluare a spitalelor păstrează un dosar pentru fiecare spital care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau,
- f) copia deciziei de evaluare;



DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al  
spitalului.....cu sediul la adresa  
str.....nr.....localitatea.....județul.....  
telefon.....fax.....având actul de înființare sau de organizare nr.  
.....autorizația sanitară de funcționare nr.....codul fiscal.....și contul  
nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la  
Banca....., autorizații de liberă practică/certificatul de membru al  
Colegiului Medicilor din România pentru un număr de.....angajați, dovada  
asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....valabilă  
până la.....și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru  
personalul medico-sanitar nr....., solicit evaluarea spitalului în vederea  
contractării de servicii spitalicești: în regim de spitalizare continuă, în regim  
spitalizare de zi, servicii medicale în regim ambulatoriu efectuate în cabinete medicale  
de specialitate, servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu - analize medicale  
de laborator; radiologie și imagistică medicală, altele.....

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de  
Evaluare a Spitalelor și aduse la cunoștință de către Comisia de Evaluare a Spitalelor  
de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare  
vizitei în vederea evaluării spitalului, precum și acces liber în spațiile acestuia.

Spitalul are în structura aprobată următoarele secții pentru care solicită evaluarea (în  
cazul în care secțiile se află la altă adresă decât sediul spitalului se specifică secția și  
locația):

Secțiile:

- 1.....(adresa.....)
- 2.....(adresa.....)
- 3.....(adresa.....)

.....  
cabinete de specialitate în regim ambulatoriu (adresa.....)

.....  
laborator de analize medicale.....

laborator de radiologie și imagistică medicală.....

farmacie.....

Spitalul este condus de .....care se legitimează cu  
BI/CI Seria.....Nr..... și are contractul de muncă nr.....

Semnătura

.....

Data.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Spitalelor

Nr.....  
Data.....  
Județul.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE A SPITALELOR  
pentru evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria.....nr.....,domnul /doamna.....care se legitimează cu BI/CI seria.....nr..... și domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria.....nr..... pentru a efectua vizita în vederea evaluării nr..... la spitalul..... cu adresa:..... localitatea ..... la data..... Au primit în acest scop chestionarul nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A SPITALELOR**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al Comisiei de Evaluare a Spitalelor a ..... subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al Comisiei de Evaluare a Spitalelor a ..... și subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al Comisiei de Evaluare a Spitalelor a ..... desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în vederea evaluării nr...., am efectuat această vizită la adresa indicată, la data..... și am completat chestionarul nr..... și tabelele anexe, după cum urmează..... aferente dispoziției pentru vizita în vederea evaluării. Vizita în vederea evaluării a fost efectuată în prezența conducătorului spitalului, domnul / doamna ....., iar rezultatele acesteia sunt consemnate în chestionarul nr.....  
Spitalul a obținut .....DA.....NU

Conducător al spitalului.....

Semnătura.....

Ștampila spitalului.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne la spital.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

**COMISIA DE EVALUARE A SPITALELOR**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a casei de asigurări de sănătate a ...../expert propus ca evaluator pentru evaluarea spitalelor, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 7, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea spitalelor. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea spitalelor în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura.....

Data.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A SPITALELOR**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Spitalul.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....județul/sectorul  
.....având reprezentant legal pe ..... actul de înființare sau de  
organizare nr. ....autorizația sanitară de funcționare nr.....codul fiscal.....și  
contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la  
Banca.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

PREȘEDINTE,

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A SPITALELOR**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Spitalul.....aflat la adresa, str.....  
.....nr.....localitatea.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... actul de înființare sau de  
organizare nr. ....autorizația sanitară de funcționare nr.....codul fiscal.....și  
contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la  
Banca.....a obținut... ..DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la.....

**PREȘEDINTE,**

.....

# NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

## CAPITOLUL I

### Condiții generale

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu intră numai furnizorii autorizați de Ministerul Sănătății Publice. Procesul de evaluare se realizează conform standardelor prevăzute în Anexa 27 și metodologiei de evaluare.

(2) Punctele de lucru ale furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu se evaluează conform normelor metodologice pentru evaluarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

(3) În prezentele norme metodologice, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt numite în continuare case de asigurări de sănătate.

(4) În prezentele norme metodologice, Comisiile Județene de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu, Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu a Municipiului București, Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului denumite în continuare comisii de evaluare a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu ,CEFID, sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu, denumită în continuare SCNEFID.

Art. 2. - Evaluarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către comisiile județene de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu, respectiv Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu a Municipiului București, în funcție de județul unde se află furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu. Sediul acestor comisii se află la serviciul / compartimentul evaluare al casei de asigurări de sănătate.

Art. 3. - Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului își organizează comisii de evaluare proprii pentru a evalua numai furnizorii aflați în contract exclusiv cu aceste case de asigurări de sănătate sau ce doresc să intre în relație contractuală cu acestea.

Art. 4. - Pentru furnizorii care doresc să încheie contracte de furnizare de servicii și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și au fost deja evaluați prin comisiile de evaluare județene sau a Municipiului București, aceste case de asigurări de sănătate iau în considerare deciziile de evaluare emise de comisiile județene de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu sau Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu a Municipiului București.

Art. 5. - Comisiile de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu.

## CAPITOLUL II

### Etapele procesului de evaluare

Art. 6. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu care solicită evaluarea face o cerere adresată comisiilor de evaluare, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul – Șef al casei de asigurări de sănătate desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei în vederea evaluării este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la comisia de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de furnizor;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la comisia de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu;
- g) comisia de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al căror model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv anexa nr. 6 și programează vizite de evaluare suplimentare la furnizorii care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

## CAPITOLUL III

### Evaluarea furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu

Art. 7. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie - angajați ai caselor de asigurări de sănătate respective, însă nu în cadrul structurii de control, audit sau contractare pentru categoria de furnizori la care participă la contractare, sau
  - angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sau
  - experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național, sau
  - angajați ai caselor județene de asigurări de sănătate pentru evaluare încrucișată interjudețeană coordonată de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunei furnizor de îngrijiri la domiciliu;



- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 8. - Evaluatorii sunt desemnați din cadrul casei de asigurări de sănătate sunt desemnați de către președintele - director general al acesteia.

Art. 9. - În cazul în care la casa de asigurări de sănătate respectivă nu există un număr suficient de evaluatori, aceasta poate solicita trimiterea unor evaluatori de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea comisiei de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu.

Art. 11. - Evaluatorii pot solicita reanalizarea faptelor asupra cărora s-au aplicat sancțiuni la SCNEFID. Decizia SCNEFID este definitivă.

Art. 12. - Vizita în vederea evaluării furnizorului :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc din partea Medicului – Șef al casei de asigurări de sănătate, o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării la respectivul furnizor (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de furnizor și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare;
- f) reprezentantul legal al furnizorului contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la furnizor;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al furnizorului;
- h) CEFID ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele în vederea evaluării efectuate;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la comisia de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 13. - Rezultatul evaluării stabilește eligibilitatea furnizorului în vederea contractării.

Art. 14. - CEFID emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 15. - Furnizorul poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu. Contestațiile trimise de furnizori vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 16. - SCNEFID va lua o decizie care va fi comunicată furnizorului în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval SCNEFID va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 17. - Comisiile de evaluare a furnizorilor de îngrijiri la domiciliu păstrează un dosar pentru fiecare furnizor care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau,
- f) copia deciziei de evaluare.

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu..... aflat la adresa, str..... nr..... localitatea ..... județul .....telefon.....fax..... cu Certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale/actul de înființare sau organizare nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal/autorizația de liber profesionist.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până la.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar nr.....autorizații de liberă practică și/sau certificate de membru al Colegiului Medicilor din România pentru personalul medico-sanitar în număr de .....angajați, solicit evaluarea sediului/punctului de lucru.....

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri Medicale la Domiciliu și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri Medicale la Domiciliu de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării precum și acces liber în spațiile acestuia.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu are următoarele puncte de lucru.....

Sediul/punctul de lucru de îngrijiri medicale la domiciliu este de condus de .....care se legitimează cu BI/CI Seria.....Nr..... și are contractul de muncă nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu

Nr.....  
Data.....  
Județul.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE  
ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU  
pentru evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu  
BI/CI seria..... nr..... și domnul / doamna  
..... care se legitimează cu BI/CI seria.....  
nr..... pentru a efectua vizita în vederea evaluării nr..... la furnizorul de  
îngrijiri medicale la domiciliu.....cu adresa:  
..... localitatea ..... la data..... Au  
primit în acest scop chestionarul nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE ÎNGRIJIRI LA  
DOMICILIU**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu a ..... și  
subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al Comisiei de  
Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri la Domiciliu a ..... desemnați prin  
dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în vederea evaluării nr....., am  
efectuat această vizită la adresa indicată, la data..... și am completat  
chestionarul nr..... aferent dispoziției pentru vizita în vederea evaluării. Vizita în  
vederea evaluării a fost efectuată în prezența conducătorului furnizorului de îngrijiri  
medicale la domiciliu domnul / doamna ....., iar  
rezultatele acesteia sunt consemnate în chestionarul nr.....  
Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu a obținut .....DA.....NU

Conducător al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.....

Semnătura.....

Ștampila .....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a casei de asigurări de sănătate a județului ...../expert propus ca evaluator pentru evaluarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 7, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura

.....

Data.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE ÎNGRIJIRI LA  
DOMICILIU**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Furnizorul/punctul de lucru.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....judet/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu Certificatul de  
înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale/actul de înființare sau organizare  
nr.....autorizația de funcționare nr.....cont  
nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la  
Banca.....cod fiscal/.....  
a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

**PREȘEDINTE,**

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE ÎNGRIJIRI LA  
DOMICILIU**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Furnizorul/punctul de lucru.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu Certificatul de  
înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale/actul de înființare sau organizare  
nr.....autorizația de funcționare nr.....cont  
nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la  
Banca.....cod fiscal/.....  
a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la.....

**PREȘEDINTE,**

.....



# NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A FARMACIILOR

## CAPITOLUL I

### Condiții generale

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a farmaciilor intră farmaciile organizate ca societăți comerciale sau puncte de lucru ale unei societăți comerciale, conform legii nr.31/1991, cu modificările și completările ulterioare, precum și punctele de lucru ale farmaciilor și farmaciile din structura spitalelor. Procesul de evaluare se realizează conform standardelor prevăzute în Anexa 28 și metodologiei de evaluare.

(2) În prezentele norme metodologice, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt numite în continuare case de asigurări de sănătate.

(3) În prezentele norme metodologice, Comisiile Județene de Evaluare a Farmaciilor, Comisia de Evaluare a Farmaciilor a Municipiului București, Comisia de Evaluare a Farmaciilor a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Comisia de Evaluare a Farmaciilor a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului denumite în continuare comisii de evaluare a farmaciilor, CEF, sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Farmaciilor, denumită în continuare SCNEF.

Art. 2. - Evaluarea farmaciilor se face de către comisiile județene de evaluare a farmaciilor, respectiv Comisia de Evaluare a Farmaciilor a Municipiului București, în funcție de județul unde se află farmacia. Sediul acestor comisii se află la serviciul / compartimentul evaluare al casei de asigurări de sănătate.

Art. 3. - Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului își organizează comisii de evaluare proprii pentru a evalua numai farmaciile aflate în contract exclusiv cu aceste case de asigurări de sănătate sau ce doresc să intre în relație contractuală cu acestea.

Art. 4. - Pentru farmaciile care doresc să încheie contracte de furnizare de servicii și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și au fost deja evaluate prin comisiile de evaluare județene sau a Municipiului București, aceste case de asigurări de sănătate iau în considerare deciziile de evaluare emise de comisiile județene de evaluare a farmaciilor și Comisia de Evaluare a Farmaciilor a Municipiului București.

Art. 5. - Comisiile de Evaluare a Farmaciilor sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Farmaciilor.

## CAPITOLUL II

### Etapele procesului de evaluare

Art. 6. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Farmacia care solicită evaluarea face o cerere adresată comisiilor de evaluare, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul – Șef al casei de asigurări de sănătate desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei în vederea evaluării este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la comisia de evaluare a farmaciilor;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de acesta;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la comisia de evaluare a farmaciilor;
- g) comisia de evaluare a farmaciilor emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al cărui model este prevăzut în anexa nr.5, respectiv anexa nr.6 și programează vizite de evaluare suplimentare la farmaciile care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

## CAPITOLUL III

### Evaluarea farmaciei

Art. 7. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării farmaciei, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie - angajați ai caselor de asigurări de sănătate respective, însă nu în cadrul structurii de control, audit sau contractare pentru categoria de furnizori la care participă la contractare, sau
  - angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sau
  - experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național, sau
  - angajați ai caselor județene de asigurări de sănătate pentru evaluare încrucișată interjudețeană coordonată de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunei farmacii;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 8. - Evaluatorii din cadrul casei de asigurări de sănătate sunt desemnați de către președintele - director general al acesteia.

Art. 9. - În cazul în care la casa de asigurări de sănătate respectivă nu există un număr suficient de evaluatori, aceasta poate solicita trimiterea unor evaluatori de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea comisiei de evaluare a farmaciilor care a constatat incorectitudinea.

Art. 11. - Evaluatorii pot solicita reanalizarea faptelor asupra cărora s-au aplicat sancțiuni la SCNEF. Decizia SCNEF este definitivă.

Art. 12. - Vizita în vederea evaluării farmaciei :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectiva farmacie, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către aceasta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc din partea Medicului - Șef al casei de asigurări de sănătate dispoziția pentru vizita în vederea evaluării respectivului furnizor(anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de farmacie și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare;
- f) reprezentantul legal al farmaciei contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la farmacie;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al farmaciei;
- h) CEF ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării ;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la comisia de evaluare a farmaciilor.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 13. - Rezultatul evaluării stabilește eligibilitatea furnizorului în vederea contractării.

Art. 14. - Comisia de evaluare a farmaciilor emite în cel mult 30 de zile calendaristice de la data depunerii cererii de evaluare, notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 15. - Farmacia poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la Subcomisia Națională de Evaluare a Farmaciilor. Contestațiile trimise de farmacii vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 16. - SCNEF va lua o decizie care va fi comunicată farmaciei în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval SCNEF va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 17. - Comisiile de evaluare a farmaciilor păstrează un dosar pentru fiecare farmacie care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de farmacie și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea, sau,
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al farmaciei/punctului de lucru..... aflată la adresa, str..... nr..... localitatea ..... județul/sector .....telefon.....fax....., înregistrată la Registrul Comerțului.....cu certificatul de înmatriculare.....având contul nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal....., asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până în data....., asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic-farmaciști și asistenți de farmacie nr....., autorizații de liberă practică/certificatul de membru al Colegiului Farmaciștilor din România pentru un număr de.....angajați, conform tabelului, solicit evaluarea farmaciei/punctului de lucru.

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Farmaciilor și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Farmaciilor de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării farmaciei/punctului de lucru, precum și acces liber în spațiile acestea.

Farmacia are următoarele puncte de lucru:

- 1.....adresa.....
- 2.....adresa.....
- 3.....adresa.....
- .....
- .....

Farmacia/punctul de lucru este condusă de .....care se legitimează cu BI/CI Seria.....Nr..... și are contractul de muncă nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Farmaciilor

Nr.....  
Data.....  
Județul.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE A FARMACIILOR  
pentru evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria... nr..... și domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... pentru a efectua vizita de evaluare nr.....la farmacia/punctul de lucru.....cu adresa:.....localitatea ..... la data..... Au primit în acest scop chestionarul nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Nr.....

Data.....

<b>ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE</b>
--

**COMISIA DE EVALUARE A FARMACIILOR**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Comisiei de Evaluare a Farmaciilor a ..... și subsemnatul / subsemnata  
..... evaluator al Comisiei de Evaluare a Farmaciilor a  
..... desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în  
vederea evaluării nr....., am efectuat această vizită la adresa indicată, la  
data..... și am completat chestionarul nr. și tabelele anexe..... aferente  
dispoziției pentru vizita în vederea evaluării. Vizita în vederea evaluării a fost  
efectuată în prezența conducătorului farmaciei/punctului de lucru  
domnul/doamna....., iar rezultatele acesteia sunt consemnate în  
chestionarul nr.....

Farmacia/punctul de lucru a obținut .....DA.....NU

Conducător al farmaciei/punctului de lucru.....

Semnătura.....

Ștampila farmaciei/punctului de lucru.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....

Semnătura.....

Evaluator.....

Semnătura.....

**COMISIA DE EVALUARE A FARMACIILOR**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a casei de asigurări de sănătate a ...../expert, propus ca evaluator pentru evaluarea farmaciilor/punctelor de lucru ale farmaciilor, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 7, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea farmaciilor. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea farmaciilor/punctelor de lucru ale farmaciilor, în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura

.....

Data.....



Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FARMACIILOR**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Farmacia/punctul de lucru.....  
aflat/ă la adresa, str.....nr.....localitatea.....județ/sector  
.....având reprezentant legal pe ..... înregistrată la Registrul  
Comerțului.....cu certificatul de înmatriculare.....având contul  
nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis  
la Banca.....cod fiscal.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

**PREȘEDINTE,**

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FARMACIILOR**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Farmacia/punctul de lucru.....  
aflat/ă la adresa, str.....nr.....localitatea.....județul/sector  
.....având reprezentant legal pe ..... înregistrată la  
Registrul Comerțului.....cu certificatul de  
înmatriculare.....având contul nr.....deschis la Trezoreria  
statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod  
fiscal.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la .....

**PREȘEDINTE,**

.....

# NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A CABINETELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ

## CAPITOLUL I

### Condiții generale

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a cabinetelor de medicină dentară intră numai cabinetele de medicină dentară care funcționează în circuit deschis, înregistrate în registrul unic al cabinetelor de medicină dentară, numite în continuare furnizori și care sunt organizate conform OG nr. 124 / 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări prin Legea nr. 629 / 2001. Procesul de evaluare se realizează conform standardelor prevăzute în Anexa 29 și metodologiei de evaluare.

(2) Punctele de lucru ale cabinetelor de medicină dentară se evaluează conform standardelor și metodologiei aplicate cabinetelor de medicină dentară.

(3) În prezentele norme metodologice, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt numite în continuare case de asigurări de sănătate.

(4) În prezentele norme metodologice, Comisiile Județene de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară, Comisia de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a Municipiului București, Comisia de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Comisia de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului denumite în continuare comisii de evaluare a cabinetelor de medicină dentară, CECMD, sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară denumită în continuare SCNECMD.

Art. 2. - Evaluarea cabinetelor de medicină dentară se face de către comisiile județene de evaluare a cabinetelor de medicină dentară, respectiv Comisia de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a Municipiului București, în funcție de județul unde se află cabinetul de medicină dentară. Sediul acestor comisii se află la serviciul / compartimentul evaluare al casei de asigurări de sănătate.

Art. 3. - Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului își organizează comisii de evaluare proprii pentru a evalua numai cabinetele de medicină dentară aflate în contract exclusiv cu aceste case de asigurări de sănătate sau ce doresc să intre în relație contractuală cu acestea.

Art. 4. - Pentru cabinetele de medicină dentară care doresc să încheie contracte de furnizare de servicii și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și au fost deja evaluate prin comisiile județene de evaluare sau a Municipiului București, aceste case de asigurări de sănătate iau în considerare deciziile de evaluare emise de comisiile

județene de evaluare a cabinetelor de medicină dentară și Comisia de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a Municipiului București.

Art. 5. - Comisiile de evaluare a cabinetelor de medicină dentară sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară.

## **CAPITOLUL II**

### **Etapele procesului de evaluare**

Art. 6. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Furnizorul care solicită evaluarea face o cerere adresată comisiilor de evaluare, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul – Șef al casei de asigurări de sănătate desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei în vederea evaluării este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la comisia de evaluare a cabinetelor de medicină dentară;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de furnizor;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la comisia de evaluare a cabinetelor de medicină dentară;
- g) comisia de evaluare a cabinetelor de medicină dentară emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al căror model este prevăzut în anexa nr.5, respectiv anexa nr. 6 și programează vizite de evaluare suplimentare la cabinetele de medicină dentară care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

## **CAPITOLUL III**

### **Evaluarea cabinetelor de medicină dentară**

Art. 7. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie - angajați ai caselor de asigurări de sănătate respective, însă nu în cadrul structurii de control, audit sau contractare pentru categoria de furnizori la care participă la contractare, sau
  - angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sau
  - experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național, sau
  - angajați ai caselor județene de asigurări de sănătate pentru evaluare încrucișată interjudețeană coordonată de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunui furnizor;

- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 8. - Evaluatorii din cadrul casei de asigurări de sănătate sunt desemnați de către președintele - director general al acesteia și beneficiază de instruire de bază și continuă a cărei tematică este stabilită de SCNECMD.

Art. 9. - În cazul în care la casa de asigurări de sănătate respectivă nu există un număr suficient de evaluatori, aceasta poate solicita trimiterea unor evaluatori de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea comisiei de evaluare a cabinetelor de medicină dentară.

Art. 11. - Evaluatorii pot solicita reanalizarea faptelor asupra cărora s-au aplicat sancțiuni la SCNECMD. Decizia SCNECMD este definitivă.

Art. 12. - Vizita în vederea evaluării furnizorului :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării la respectivul furnizor (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de furnizor și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare corespunzătoare tipului de furnizor evaluat;
- f) reprezentantul legal al furnizorului contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la furnizor;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al furnizorului;
- h) CECMD ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la comisia de evaluare a cabinetelor de medicină dentară.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 13. - Rezultatul evaluării stabilește eligibilitatea furnizorului în vederea contractării.

Art. 14. - CECMD emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 15. - Cabinetul de medicină dentară poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la SCNECMD. Contestațiile trimise de cabinetele de medicină dentară vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 16. - SCNECMD va lua o decizie care va fi comunicată furnizorului în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval SCNECMD va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 17. - Comisiile de evaluare a cabinetelor de medicină dentară păstrează un dosar pentru fiecare furnizor care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de furnizor și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau,
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al cabinetului de medicină dentară..... aflat la adresa, str..... nr..... localitatea ..... județul .....telefon.....fax..... cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....sau actul de înființare sau organizare a unității sanitare nr.....autorizația sanitară de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până la..... asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar nr.....autorizații de liberă practică/certificatele de membru ale Colegiului Medicilor Dentiști pentru un număr de.....angajați, solicit evaluarea cabinetului sus-numit / punctului de lucru.

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării furnizorului, precum și acces liber în spațiile acestuia.

Furnizorul are următoarele puncte de lucru .....

Furnizorul este de condus de .....care se legitimează cu BI/CI.....seria.....nr.....și are contract de muncă, după caz, nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară

Nr.....  
Data.....  
Județul.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... și domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... pentru a efectua vizita în vederea evaluării nr..... la cabinetul de medicină dentară..... cu adresa: ..... localitatea ..... la data..... Au primit în acest scop chestionarul nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....



Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Comisiei de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a ..... și  
subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al Comisiei de  
Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a..... desemnați prin  
dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în vederea evaluării nr....., am  
efectuat această vizită la adresa indicată, la data..... și am completat  
chestionarul nr..... aferent dispoziției pentru vizita în vederea evaluării. Vizita în  
vederea evaluării a fost efectuată în prezența conducătorului cabinetului de medicină  
dentară, domnul / doamna ....., iar  
rezultatele acesteia sunt consemnate în chestionarul nr.....  
Furnizorul de servicii stomatologice a obținut .....DA.....NU

Conducător al cabinetului de medicină dentară

Semnătura.....

Ștampila cabinetului de medicină dentară .....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a casei de asigurări de sănătate a...../expert propus ca evaluator pentru evaluarea cabinetelor de medicină dentară, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 7, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea furnizorilor de servicii stomatologice. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea cabinetelor de medicină dentară în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura

.....

Data.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Cabinetul de medicină dentară/punctul de lucru.....  
aflat la adresa, str.....nr.....localitatea..... județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificat de înregistrare  
în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....sau actul de înființare  
sau organizare a unității sanitare nr..... autorizația sanitară de funcționare  
nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont  
nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....a obținut  
.....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

**PREȘEDINTE,**

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR DE MEDICINĂ DENTARĂ**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Cabinetul de medicină dentară/punctul de lucru.....  
aflat la adresa, str.....nr.....localitatea.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificat de înregistrare în  
registru unic al cabinetelor medicale.....nr.....sau actul de înființare sau  
organizare a unității sanitare nr.....autorizația sanitară de funcționare  
nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont  
nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....a obținut  
.....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la .....

**PREȘEDINTE,**

.....

# **NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE INVESTIGAȚII MEDICALE PARACLINICE - RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ**

## **CAPITOLUL I**

### **Condiții generale**

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală intră furnizorii de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală înregistrați în registrul unic al cabinetelor medicale și care sunt organizați conform OG nr. 124 / 1998, aprobată cu modificări prin Legea nr. 629 / 2001, furnizorii de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală din ambulatoriile de specialitate din structura spitalelor inclusiv ale celor din ministerele și instituțiile cu rețele sanitare proprii, furnizorii de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală din unități sanitare cu sau fără personalitate juridică inclusiv cele din ministerele și instituțiile cu rețele sanitare proprii. Procesul de evaluare se realizează conform standardelor prevăzute în Anexa 30 și metodologiei de evaluare.

(2) Punctele de lucru ale furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală se evaluează conform standardelor și metodologiei aplicate furnizorilor de investigații medicale paraclinice-radiologie și imagistică medicală.

(3) În prezentele norme metodologice, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt numite în continuare case de asigurări de sănătate.

(4) În prezentele norme metodologice, Comisiile Județene de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală, Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală a Municipiului București, Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului denumite în continuare comisii de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, CEFIRIM, sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală denumită în continuare SCNEFIRIM.

Art. 2. - Evaluarea furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală se face de către Comisiile Județene de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală, respectiv Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală a Municipiului București, în funcție de județul unde se află furnizorul de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală. Sediul acestor comisii se află la serviciul / compartimentul evaluare al Casei de Asigurări de Sănătate.

Art. 3. - Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului își organizează comisii de evaluare proprii pentru a evalua numai furnizorii de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală aflați în contract exclusiv cu aceste case de asigurări de sănătate sau ce doresc să intre în relație contractuală cu acestea.

Art. 4. - Pentru furnizorii de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală care doresc să încheie contracte de furnizare de investigații medicale și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și sunt deja evaluați prin comisiile județene de evaluare sau a Municipiului București, aceste case de asigurări de sănătate iau în considerare deciziile de evaluare emise de Comisiile Județene de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală și Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală a Municipiului București.

Art. 5. - Comisiile de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală.

## **CAPITOLUL II**

### **Etapele procesului de evaluare**

Art. 6. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Furnizorul de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală care solicită evaluarea face o cerere adresată comisiilor de evaluare, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul – Șef al casei de asigurări de sănătate desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei de evaluare este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la comisia de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de furnizor;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la comisia de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală;
- g) comisia de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv

anexa nr. 6 și programează vizite de evaluare suplimentare la furnizorii de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

### CAPITOLUL III

#### **Evaluarea furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală**

Art. 7. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie - angajați ai caselor de asigurări de sănătate respective, însă nu în cadrul structurii de control, audit sau contractare pentru categoria de furnizori la care participă la contractare, sau
  - angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sau
  - experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național, sau
  - angajați ai caselor județene de asigurări de sănătate pentru evaluare încrucișată interjudețeană coordonată de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunui furnizor de investigații medicale paraclinice – radiologie și imagistică medicală;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 8. - Evaluatorii din cadrul casei de asigurări de sănătate sunt desemnați de către președintele - director general al acesteia și beneficiază de instruire de bază și continuă a cărei tematică este stabilită de SCNEFIRIM.

Art. 9. - În cazul în care la casa de asigurări de sănătate respectivă nu există un număr suficient de evaluatori, aceasta poate solicita trimiterea unor evaluatori de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea comisiei de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală.

Art.11. - Evaluatorii pot solicita reanalizarea faptelor asupra cărora s-au aplicat sancțiuni la SCNEFIRIM. Decizia SCNEFIRIM este definitivă.

Art. 12. - Vizita în vederea evaluării furnizorului de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;

- d) evaluatorii primesc din partea medicului – șef al casei de asigurări de sănătate o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării la respectivul furnizor (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de furnizorul de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare corespunzătoare tipului de furnizor evaluat;
- f) reprezentantul legal al furnizorului de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la furnizorul de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al furnizorului;
- h) CEFIRIM ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la comisia de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 13. - Rezultatul evaluării stabilește eligibilitatea furnizorului în vederea contractării.

Art. 14. - CEFIRIM emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 15. - Furnizorul de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la SCNEFIRIM. Contestațiile trimise de furnizorii de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 16. -SCNEFIRIM va lua o decizie care va fi comunicată furnizorului de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval comisia de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.



Art. 17. - Comisiile de evaluare a furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală păstrează un dosar pentru fiecare furnizor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de furnizorul de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau,
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al furnizorului de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală..... aflat la adresa, str..... nr.... localitatea..... județul..... telefon..... fax..... cu certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....actul de înființare sau organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până la .....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar nr..... autorizații de liberă practică/certIFICATELE de membru ale Colegiului Medicilor din România pentru un număr de.....angajați, solicit evaluarea sediului/punctului de lucru/filialei, în vederea contractării de servicii corespunzătoare specialităților din structură. Menționez că structura pentru care solicit evaluarea este:

Cabinet radiologie, adresa.....

Cabinet CT, adresa.....

Cabinet RMN, adresa.....

Cabinet ECOGRAFIE, adresa.....

Cabinet radiologie imagistică intervențională, adresa.....

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării, precum și acces liber în spațiile deținute.

Furnizorul are următoarele puncte de lucru .....

Furnizorul este condus de.....care se legitimează cu BI/CI seria.....nr.....și are contract de muncă, după caz, nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale  
Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală

Nr.....  
Data.....  
Județul.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... și domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... pentru a efectua vizita în vederea evaluării nr..... la sediul furnizorului de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală / punctul de lucru/filiala.....al/a furnizorului de investigații medicale paraclinice.....sediu/punct de lucru/filială cu adresa.....localitatea..... la data..... Au primit în acest scop chestionarul nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE INVESTIGAȚII  
MEDICALE PARACLINICE – RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie  
și Imagistică Medicală a Județului ..... și subsemnatul / subsemnata  
..... evaluator al Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de  
Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală a Județului  
..... desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în  
vederea evaluării nr....., am efectuat această vizită la adresa indicată, la  
data..... și am completat chestionarul nr..... și tabelele anexe, după cum  
urmează..... aferente dispoziției pentru vizita în vederea evaluării.  
Vizita în vederea evaluării a fost efectuată în prezența reprezentantului legal al  
furnizorului, domnul / doamna ....., iar  
rezultatele acesteia sunt consemnate în chestionarul nr.....

Furnizorul de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală a  
obținut .....DA.....NU

Reprezentant legal..... al furnizorului de  
Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică Medicală / punct de  
lucru/filială .....

Semnătura.....

Ștampila furnizorului de Investigații Medicale Paraclinice - Radiologie și Imagistică  
Medicală / punctului de lucru/filialei.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE INVESTIGAȚII MEDICALE  
PARACLINICE - RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a casei de asigurări de sănătate a ...../expert propus ca evaluator pentru evaluarea furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 7, cap. III din normele metodologice pentru evaluarea furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea furnizorilor de investigații medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura

.....

Data.....

Nr.....

Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE INVESTIGAȚII  
MEDICALE PARACLINICE - RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Furnizorul.....aflat la adresa,  
str.....localitatea.....nr.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificatul de înregistrare  
în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....actul de înființare sau  
organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare  
nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria  
statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....  
a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

**PREȘEDINTE,**

.....

Nr.....

Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE INVESTIGAȚII  
MEDICALE PARACLINICE - RADIOLOGIE ȘI IMAGISTICĂ MEDICALĂ**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Furnizorul.....aflat la adresa,  
str.....localitatea.....nr.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificatul de înregistrare în  
registru unic al cabinetelor medicale.....nr.....actul de înființare sau  
organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare  
nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria  
statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....  
a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la.....

**PREȘEDINTE,**

.....

# **NORME METODOLOGICE DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR**

## **CAPITOLUL I**

### **Condiții generale**

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator intră furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator înregistrați în registrul unic al cabinetelor medicale și care sunt organizați conform OG nr. 124 / 1998, aprobată cu modificări prin Legea nr. 629 / 2001, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator din ambulatoriile de specialitate din structura spitalelor inclusiv ale celor din ministerele și instituțiile cu rețele sanitare proprii, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator din unități sanitare cu sau fără personalitate juridică inclusiv cele din ministerele și instituțiile cu rețele sanitare proprii. Procesul de evaluare se realizează conform standardelor prevăzute în Anexa 31 și metodologiei de evaluare.

(2) Punctele de lucru/filialele furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator se evaluează conform standardelor și metodologiei aplicate furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator.

(3) În prezentele norme metodologice, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt numite în continuare case de asigurări de sănătate.

(4) În prezentele norme metodologice, Comisiile Județene de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator, Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator a Municipiului București, Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului denumite în continuare comisii de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, CEFAML, sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator denumită în continuare SCNEFAML.

Art. 2. - Evaluarea furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator se face de către comisiile județene de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, respectiv Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator a Municipiului București, în funcție de județul unde se află furnizorul de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator. Sediul acestor comisii se află la serviciul / compartimentul evaluare al casei de asigurări de sănătate.

Art. 3. - Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a



Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului își organizează comisii de evaluare proprii pentru a evalua numai furnizorii de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator aflate în contract exclusiv cu aceste case de asigurări de sănătate sau ce doresc să intre în relație contractuală cu acestea.

Art. 4. - Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator care doresc să încheie contracte de furnizare de servicii și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și sunt deja evaluați prin comisiile județene de evaluare sau a Municipiului București, aceste case de asigurări de sănătate iau în considerare deciziile de evaluare emise de comisiile județene de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator și Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator a Municipiului București.

Art. 5. - Comisiile de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator.

## **CAPITOLUL II**

### **Etapele procesului de evaluare**

Art. 6. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Furnizorul de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator care solicită evaluarea face o cerere adresată comisiilor de evaluare, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;
- b) Medicul – Șef al casei de asigurări de sănătate desemnează prin dispoziții scrise, al căror model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei de evaluare este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la comisia de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de acesta;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la comisia de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- g) comisia de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al căror model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv anexa nr. 6 și programează vizite de evaluare suplimentare la furnizorii de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

### CAPITOLUL III

#### **Evaluarea furnizorului de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator**

Art. 7. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie - angajați ai caselor de asigurări de sănătate respective, însă nu în cadrul structurii de control, audit sau contractare pentru categoria de furnizori la care participă la contractare, sau
  - angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sau
  - experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național, sau
  - angajați ai caselor județene de asigurări de sănătate pentru evaluare încrucișată interjudețeană coordonată de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunui furnizor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 8. - Evaluatorii din cadrul casei de asigurări de sănătate sunt desemnați de către președintele - director general al acesteia și beneficiază de instruire de bază și continuă a cărei tematică este stabilită de SCNEFAML.

Art. 9. - În cazul în care la casa de asigurări de sănătate respectivă nu există un număr suficient de evaluatori, aceasta poate solicita trimiterea unor evaluatori de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea comisiei de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator.

Art. 11. - Evaluatorii pot solicita reanalizarea faptelor asupra cărora s-au aplicat sancțiuni la SCNEFAML. Decizia SCNEFAML este definitivă.

Art. 12. - Vizita în vederea evaluării a furnizorului de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator :

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc din partea medicului-șef al casei de asigurări de sănătate o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării respectivului furnizor(anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de furnizorul de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare corespunzătoare tipului de furnizor evaluat;

- f) reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul din acestea rămâne la furnizorul de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- h) CEFAML ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la comisia de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 13. - Rezultatul evaluării stabilește eligibilitatea furnizorului în vederea contractării.

Art. 14. - CEFAML emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 15. - Furnizorul de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la SCNEFAML. Contestațiile trimise de furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 16. - SCNEFAML va lua o decizie care va fi comunicată furnizorului de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval SCNEFAML va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și servicii la fața locului, dacă este cazul.

Art. 17. - Comisiile de evaluare a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator păstrează un dosar pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de furnizorul de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea, sau,
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator..... aflat la adresa, str..... nr..... localitatea.....județul.....telefon.....fax..... cu certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....actul de înființare sau organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până la .....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar nr..... autorizații de liberă practică/certIFICATELE de membru ale Colegiului Medicilor din România pentru un număr de.....angajați, solicit evaluarea sediului/punctului de lucru/filialei.

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice – Analize Medicale de Laborator și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice – Analize Medicale de Laborator de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării, precum și acces liber în spațiile deținute.

Furnizorul are următoarele puncte de lucru .....

Furnizorul este condus de.....care se legitimează cu BI/CI seria.....nr.....și are contract de muncă, după caz, nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale  
Paraclinice - Analize Medicale de Laborator

Nr.....  
Data.....  
Județul.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... și domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... pentru a efectua vizita în vederea evaluării nr..... la sediul furnizorului de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator / punctul de lucru/filiala ..... al/a furnizorului de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator .....sediu/punct de lucru/filială cu adresa: .....localitatea ..... la data..... Au primit în acest scop chestionarul nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Nr.....

Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE  
PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale  
de laborator a..... și subsemnatul / subsemnata  
..... evaluator al Comisiei de Evaluare a Furnizorilor de  
Servicii Medicale Paraclinice - Analize Medicale de Laborator a  
..... desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să  
efectuăm vizita de evaluare nr....., am efectuat această vizită la adresa indicată, la  
data..... și am completat chestionarul nr.....și tabelele anexe, după cum  
urmează..... aferente dispoziției pentru vizita în vederea evaluării. Vizita  
în vederea evaluării a fost efectuată în prezența reprezentantului legal al furnizorului  
de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator / punctului de lucru,  
filialei domnul / doamna....., iar rezultatele  
acesteia sunt consemnate în chestionarul nr..... .  
Furnizorul de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator a obținut  
.....DA.....NU

Reprezentant legal .....al furnizorului de servicii  
medicale paraclinice - analize medicale de laborator / punct de lucru / filială  
.....

Semnătura.....

Ștampila furnizorului de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator /  
punctului de lucru / filialei.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE  
PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a casei de asigurări de sănătate a...../expert propus ca evaluator pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale paraclinice-analize medicale de laborator, cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 7, cap. III din normele metodologice de evaluare pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura,

.....

Data.....

Nr.....

Data.....

ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE  
PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Furnizorul.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....judet/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificatul de  
înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....actul de  
înființare sau organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de  
funcționare nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis  
la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal  
.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

PREȘEDINTE,

.....



Nr.....

Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE  
PARACLINICE - ANALIZE MEDICALE DE LABORATOR**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Furnizorul.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificatul de  
înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....actul de  
înființare sau organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de  
funcționare nr.....autorizația de funcționare nr.....cont nr.....deschis  
la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca.....cod fiscal  
.....a obținut .....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la .....

PREȘEDINTE,

.....

**NORME METODOLOGICE DE EVALUARE  
A CABINETELOR MEDICALE DE MEDICINĂ DE FAMILIE,  
CABINETELOR MEDICALE DE SPECIALITATE, CENTRELOR  
MEDICALE, CENTRELOR DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ȘI  
CENTRELOR DE SĂNĂTATE**

**CAPITOLUL I**

**Condiții generale**

Art. 1. - (1) În procesul de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate intră numai cabinetele medicale de medicină de familie, cabinetele medicale de specialitate, centrele medicale, centrele de diagnostic și tratament și centrele de sănătate numite în continuare furnizori, care funcționează în circuit deschis, înregistrate în registrul unic al cabinetelor medicale și care sunt organizate conform OG nr. 124 / 1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări prin Legea nr. 629 / 2001 și a altor acte normative. Procesul de evaluare se realizează conform standardelor prevăzute în Anexa 32 și metodologiei de evaluare.

(2) Punctele de lucru ale cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate se evaluează conform standardelor și metodologiei aplicate cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate.

(3) În prezentele norme metodologice, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului sunt numite în continuare case de asigurări de sănătate.

(4) În prezentele norme metodologice, Comisiile Județene de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate, Comisia de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate a Municipiului București, Comisia de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Comisia de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului denumite în continuare comisii de evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate ,CECM, sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate denumită în continuare SCNECM.

Art. 2. - Evaluarea cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate se face de către comisiile județene de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate, respectiv Comisia de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate a Municipiului București, în funcție de județul unde se află cabinetul medical de medicină de familie, cabinetul medical de specialitate, centrul medical, centrul de diagnostic și tratament sau centrul de sănătate. Sediul acestor comisii se află la serviciul / compartimentul evaluare al casei de asigurări de sănătate.

Art. 3. - Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului își organizează comisii de evaluare proprii pentru a evalua numai cabinetele medicale de medicină de familie, de servicii medicale de specialitate, centrele medicale, centrele de diagnostic și tratament și centrele de sănătate aflate în contract exclusiv cu aceste case de asigurări de sănătate sau ce doresc să intre în relație contractuală cu acestea.

Art. 4. - Pentru cabinetele medicale de medicină de familie, de servicii medicale de specialitate, centrele medicale, centrele de diagnostic și tratament și centrele de sănătate care doresc să încheie contracte de furnizare de servicii medicale și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești precum și cu Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului și au fost deja evaluate prin comisiile județene de evaluare sau a Municipiului București, aceste case de asigurări de sănătate iau în considerare deciziile de evaluare emise de comisiile județene de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate și Comisia de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate a Municipiului București.

Art. 5. - Comisiile de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate sunt subordonate Subcomisiei Naționale de Evaluare a Cabinetelor de Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate.

## **CAPITOLUL II**

### **Etapele procesului de evaluare**

Art. 6. - În vederea evaluării sunt parcurse următoarele etape:

- a) Cabinetul medical de medicină de familie, cabinetul medical de specialitate, centrul medical, centrul de diagnostic și tratament sau centrul de sănătate care solicită evaluarea face o cerere adresată comisiilor de evaluare, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme metodologice;

- b) Medicul – șef al casei de asigurări de sănătate desemnează prin dispoziții scrise, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, 2 evaluatori care vizitează furnizorul pentru a constata în ce măsură acesta corespunde standardelor și criteriilor de evaluare în vigoare;
- c) evaluarea se face pe baza unui chestionar de evaluare care cuprinde standardele și criteriile de evaluare în vigoare;
- d) rezultatul vizitei în vederea evaluării este consemnat într-un proces verbal de evaluare al cărui model este prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice, bazat pe chestionarul de evaluare completat de către evaluatori și care se depune la comisia de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate;
- e) în procesul verbal de evaluare este consemnat totalul punctajului obținut de furnizor;
- f) chestionarele de evaluare și un exemplar al procesului verbal de evaluare se depun la comisia de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate;
- g) comisia de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate emite notificarea privind evaluarea sau decizia de evaluare, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 5, respectiv anexa nr. 6 și programează vizite de evaluare suplimentare la cabinetele medicale de medicină de familie, cabinetele medicale de specialitate, centrele medicale, centrele de diagnostic și tratament sau centrele de sănătate care nu au îndeplinit anumite criterii de eligibilitate; se recomandă efectuarea vizitei de către alți evaluatori.

### **CAPITOLUL III**

#### **Evaluarea cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate**

Art. 7. - Persoanele desemnate să efectueze vizita în vederea evaluării furnizorului, denumite în continuare *evaluatori*, trebuie să îndeplinească următoarele cerințe:

- a) să fie - angajați ai caselor de asigurări de sănătate respective, însă nu în cadrul structurii de control, audit sau contractare pentru categoria de furnizori la care participă la contractare, sau
  - angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, sau
  - experți angajați prin contract și desemnați de la nivel național, sau
  - angajați ai caselor județene de asigurări de sănătate pentru evaluare încrucișată interjudețeană coordonată de la nivel național;
- b) să fie în subordinea sau coordonarea Medicului Șef;
- c) nu lucrează, nu au părți sociale și nu fac parte din conducerea vreunui tip de furnizor ce va intra în procesul de evaluare;
- d) se angajează în scris printr-o declarație de compatibilitate, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice, că nu se află în conflict de interese.

Art. 8. - Evaluatorii din cadrul casei de asigurări de sănătate sunt desemnați de către președintele - director general al acesteia și beneficiază de instruire de bază și continuă a cărei tematică este stabilită de SCNECM.

Art. 9. - În cazul în care la casa de asigurări de sănătate respectivă nu există un număr suficient de evaluatori, aceasta poate solicita trimiterea unor evaluatori de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 10. - Evaluatorii sunt răspunzători de evaluarea corectă, în caz contrar aplicându-li-se sancțiuni disciplinare și administrative, la propunerea comisiei de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate.

Art. 11. - Evaluatorii pot solicita reanalizarea faptelor asupra cărora s-au aplicat sancțiuni la SCNECM. Decizia SCNECM este definitivă.

Art. 12. - Vizita în vederea evaluării cabinetului medical de medicină de familie, cabinetului medical de specialitate, centrului medical, centrului de diagnostic și tratament sau centrului de sănătate:

- a) se face conform unei programări stabilite cu respectivul furnizor, nu mai târziu de 30 de zile calendaristice de la depunerea cererii de evaluare de către acesta;
- b) programarea vizitelor în vederea evaluării se va face de preferință în ordinea depunerii cererilor sau astfel încât timpul de lucru al evaluatorilor să fie folosit cât mai eficient;
- c) vizitele în vederea evaluării au loc numai în zilele lucrătoare;
- d) evaluatorii primesc din partea medicului – șef al casei de asigurări de sănătate o dispoziție pentru vizita în vederea evaluării la respectivul furnizor (anexa nr. 2);
- e) evaluatorii au o copie de pe cererea de evaluare depusă de cabinetul medical de medicină de familie, cabinetul medical de specialitate, centrul medical, centrul de diagnostic și tratament sau centrul de sănătate și completează pe parcursul vizitei un chestionar de evaluare care conține standardele și criteriile de evaluare;
- f) reprezentantul legal al furnizorului contrasemnează un proces verbal de evaluare care se întocmește în două exemplare (anexa nr. 3), iar unul rămâne la furnizor;
- g) orice rectificări pe documentele completate în cursul vizitei în vederea evaluării trebuie semnate atât de evaluatori cât și de reprezentantul legal al furnizorului;
- h) CECM ține un registru în care sunt consemnate cererile de evaluare, precum și vizitele efectuate în vederea evaluării;
- i) după efectuarea vizitei în vederea evaluării, evaluatorii predau chestionarul de evaluare completat împreună cu un exemplar al procesului verbal de evaluare, sub semnătură, la comisia de evaluare.

## **CAPITOLUL IV**

### **Rezultatul vizitei în vederea evaluării și procedura de contestare**

Art. 13. - Rezultatul evaluării stabilește eligibilitatea furnizorului în vederea contractării.

Art. 14. - CECM emite notificarea privind evaluarea ce conține termenul minim de când furnizorul va avea dreptul să depună o nouă cerere de evaluare și criteriile de eligibilitate considerate neîndeplinite sau decizia de evaluare a cărei valabilitate este de 2 ani.

Art. 15. - Furnizorul poate contesta rezultatul vizitei în vederea evaluării la SCNECM. Contestațiile trimise de furnizori vor fi însoțite de o copie a procesului verbal de evaluare, cu menționarea standardelor sau criteriilor de evaluare considerate îndeplinite.

Art. 16. - SCNECM va lua o decizie care va fi comunicată furnizorului în termen de 30 de zile calendaristice de la depunerea contestației; în acest interval SCNECM va lua toate măsurile în vederea soluționării contestației, inclusiv prin solicitarea unor documente suplimentare pe care le consideră necesare și investigații la fața locului, dacă este cazul.

Art. 17. - Comisiile de evaluare a cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate păstrează un dosar pentru fiecare furnizor care a solicitat evaluarea și care conține următoarele documente:

- a) cererea de evaluare depusă de cabinetul de medicina familiei, servicii medicale de specialitate, centrul medical, centrul de diagnostic și tratament sau centrul de sănătate și documentele anexate;
- b) dispoziția pentru vizita de evaluare;
- c) chestionarul de evaluare completat;
- d) un exemplar al procesului verbal de evaluare;
- e) copia notificării privind evaluarea sau,
- f) copia deciziei de evaluare;

DOMNULE PREȘEDINTE,

Subsemnatul.....reprezentant legal al cabinetului medical de medicină de familie, cabinetului medical de specialitate, centrului medical, centrului de diagnostic și tratament sau centrului de sănătate.....aflat la adresa, str..... nr..... localitatea..... județul.....telefon.....fax.....cu certificat de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....sau actul de înființare sau organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont nr.....deschis la Banca....., cod fiscal .....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr.....cu valabilitate până la.....asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar nr.....autorizații de liberă practică/certIFICATELE de membru ale Colegiului Medicilor din România pentru un număr de.....angajați, solicit evaluarea în vederea contractării de servicii corespunzătoare specialităților din structură. Menționez că structura pentru care solicit evaluarea are următoarele cabinete de specialitate:

.....  
.....  
.....

Anexez documentele solicitate, conform Hotărârilor Subcomisiei Naționale de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate și aduse la cunoștință de Comisia de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate.

Mă oblig prin prezenta să furnizez evaluatorilor, informațiile și documentele necesare vizitei în vederea evaluării, precum și acces liber în spațiile deținute.

Furnizorul acordă servicii medicale și în competențele.....

Furnizorul are următoarele puncte de lucru .....

Furnizorul este condus de medic coordonator.....care se legitimează cu BI/CI seria.....nr.....și are contract de muncă nr.....

Data.....

Semnătura

.....

Domnului Președinte al Comisiei de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate

Nr.....  
Data.....  
Județul.....

**DISPOZIȚIE PENTRU VIZITA DE EVALUARE**  
**pentru evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

Se numește domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... și domnul / doamna ..... care se legitimează cu BI/CI seria..... nr..... pentru a efectua vizita în vederea evaluării nr..... la cabinetul medical de medicină de familie, cabinetul medical de specialitate, centrul medical, centrul de diagnostic și tratament sau centrul de sănătate / punctul de lucru .....cu adresa: ..... localitatea ..... la data..... Au primit în acest scop chestionarul nr.....

MEDIC - ȘEF

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....

Am luat la cunoștință

Evaluator

.....



Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR MEDICALE DE MEDICINĂ DE  
FAMILIE, CABINETELOR MEDICALE DE SPECIALITATE, CENTRELOR  
MEDICALE, CENTRELOR DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ȘI  
CENTRELOR DE SĂNĂTATE**

**PROCES VERBAL**

Subsemnatul / subsemnata ..... evaluator al  
Comisiei de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor  
Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și  
Centrelor de Sănătate a..... și subsemnatul / subsemnata  
..... evaluator al Comisiei de Evaluare a Cabinetelor Medicale  
de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale,  
Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate a.....  
desemnați prin dispoziția de evaluare nr..... să efectuăm vizita în vederea evaluării  
nr....., am efectuat această vizită la adresa indicată, la data..... și am completat  
chestionarul nr.....și tabelele anexe, după cum urmează.....  
aferește dispoziției pentru vizita în vederea evaluării. Vizita a fost efectuată în prezența  
conducătorului furnizorului, domnul / doamna  
....., iar rezultatele acesteia sunt  
consemnate în chestionarul nr.....  
Furnizorul de servicii medicale a obținut .....DA.....NU

Conducător al furnizorului de servicii medicale:

Semnătura.....

Ștampila furnizorului de servicii medicale

.....

Prezentul proces verbal se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne  
la furnizor.

Evaluator.....  
Semnătura.....

Evaluator.....  
Semnătura.....

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR MEDICALE DE MEDICINĂ DE  
FAMILIE, CABINETELOR MEDICALE DE SPECIALITATE, CENTRELOR  
MEDICALE, CENTRELOR DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ȘI  
CENTRELOR DE SĂNĂTATE**

**DECLARAȚIE DE COMPATIBILITATE**

Subsemnatul / subsemnata ....., angajat /angajată al/a casei de asigurări de sănătate a județului ...../expert propus ca evaluator pentru evaluarea cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate cunoscând prevederile art. 292 din Codul Penal, privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile prevăzute de art. 7, cap. III din normele metodologice pentru evaluarea cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate. Mă oblig să solicit încetarea calității de evaluator pentru evaluarea cabinetelor medicale de medicină de familie, cabinetelor medicale de specialitate, centrelor medicale, centrelor de diagnostic și tratament și centrelor de sănătate în cazul în care condițiile de mai sus nu mai sunt îndeplinite.

Semnătura

.....

Data.....

Nr.....  
Data.....

ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR MEDICALE DE MEDICINĂ  
DE FAMILIE, CABINETELOR MEDICALE DE SPECIALITATE,  
CENTRELOR MEDICALE, CENTRELOR DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT  
ȘI CENTRELOR DE SĂNĂTATE**

**NOTIFICARE PRIVIND EVALUAREA**

Furnizorul/punctul de lucru.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....județ/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificat de înregistrare în  
registrul unic al cabinetelor medicale.....nr.....sau actul de înființare sau  
organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare  
nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont  
nr.....deschis la Banca....., cod fiscal .....a obținut  
.....DA.....NU

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Termenul acordat pentru îndeplinirea în totalitate a criteriilor de eligibilitate este de  
.....zile

PREȘEDINTE,

.....

Nr.....  
Data.....

**ANTET CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

**COMISIA DE EVALUARE A CABINETELOR MEDICALE DE MEDICINĂ  
DE FAMILIE, CABINETELOR MEDICALE DE SPECIALITATE,  
CENTRELOR MEDICALE, CENTRELOR DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT  
ȘI CENTRELOR DE SĂNĂTATE**

**DECIZIE DE EVALUARE**

Furnizorul/punctul de lucru.....aflat la adresa,  
str.....nr.....localitatea.....judet/sector.....  
având reprezentant legal pe ..... cu certificat de înregistrare în  
registru unic al cabinetelor medicale.....nr.....sau actul de înființare sau  
organizare a unității sanitare.....autorizația sanitară de funcționare  
nr.....cont nr.....deschis la Trezoreria statului sau cont  
nr.....deschis la Banca....., cod fiscal.....a  
obținut.....DA.....NU.

Observații.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Valabilitatea Deciziei de Evaluare este până la .....

**PREȘEDINTE,**

.....