

ORDIN

privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010

Având în vedere:

— Referatul de aprobare nr. CSA/3.694 din 16 aprilie 2010 al Ministerului Sănătății și nr. DG/169 din 12 aprilie 2010 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

— Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010,

în temeiul art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa 1, la capitolul I „Pachetul minimal de servicii medicale”, literele A și E se modifică și vor avea următorul cuprins:

„**A.** Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile prevăzute la lit. A cap. I din anexa 21, precum și la cazurile prevăzute în lista de la lit. B și C din cap. I din anexa 21, pentru care medicul de familie a acordat primul ajutor și a asigurat trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate (de exemplu: accident, traumatisme, pierderea cunoștinței).

.....
E. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.”

2. În anexa 1, la capitolul III „Pachetul de servicii medicale de bază”, litera F „Servicii medicale curative, prima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

„Consultație în caz de boală pentru afecțiuni acute, intercurrente sau cronice programabile, care cuprinde:”.

3. În anexa 1, la capitolul III „Pachetul de servicii medicale de bază”, după litera I „Servicii medicale paraclinice” se introduce o nouă literă, litera J, cu următorul cuprins:

„**J.** Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care

necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri.”

4. În anexa 1, la capitolul IV „Dispoziții finale”, după punctul 6 se introduce un nou punct, punctul 7, cu următorul cuprins:

„7. Criteriile pentru respectarea modalităților de prescriere, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc în termen de 90 de zile și se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate”.

5. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (2) litera a), punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. numărul de puncte, acordat pe o persoană înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei înscrise:

Grupa de vârstă	0—3 ani	4—59 ani	60 ani și peste
Număr de puncte/ persoană/an	11,2	7,2	11,2”

6. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (2) litera a) punctul 5, teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:

„În situația în care numărul persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi corespunzător sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea minimului de consultații la domiciliu necesare, conform prevederilor cuprinse în nota 2 a lit. H din cap. III din anexa 1 la ordin.”

7. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (2), litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) Serviciile cuprinse la cap. I lit. A—F, cap. II lit. A, cap. III lit. B, C, D, E și J din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata «per capita».”

8. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (3), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical — consultație este:

— consultație la domiciliu — 15 puncte:

— consultație la cabinet — 5,5 puncte.”

9. În anexa 2, la articolul 1 alineatul (3) litera b), ultima liniuță se modifică și va avea următorul cuprins:

„— în medie, o consultație la domiciliu/zi”.

10. În anexa 2, la articolul 9, alineatele (1) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 9. — (1) Valoarea minimă garantată a punctului «per capita» este unică pe țară; pentru trimestrele II și III ale anului 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata «per capita» este de 4,5 lei; pentru trimestrul IV 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata «per capita» va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trimestrele II și III.

(3) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical — consultație este unică pe țară; pentru trimestrele II și III ale anului 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical — consultație este de 0,9 lei; pentru trimestrul IV 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical — consultație va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trimestrele II și III.”

11. În anexa 2, articolul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 12. — Persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii care doresc să își schimbe medicul de familie vor adresa o cerere medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligația să anunțe în scris (prin poștă), în maximum 30 de zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat asiguratul, precum și casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă asiguratul are obligația să transmită o copie conform cu originalul de pe fișa medicală, prin poștă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă asiguratul păstrează fișa medicală a acestuia, conform legii.”

12. În anexa 3, capitolul V „Obligațiile părților”, litera A „Obligațiile casei de asigurări de sănătate”, la articolul 6, literele h) și k) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„h) să facă publice valorile definitive ale punctelor rezultate în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor alocate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor «per capita», pe serviciu medical — consultație și numărul de puncte aferente, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizate atât «per capita», cât și pe serviciu medical — consultație, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat și condițiile de a beneficia de aceste servicii, în condițiile lit. g), sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare, dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de

către aceștia. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;”.

13. În anexa 3, capitolul V „Obligațiile părților”, litera B „Obligațiile furnizorului de servicii medicale”, la articolul 7, punctele 18 și 38 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„18. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

38. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate prescrierii medicamentelor cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;”.

14. În anexa 3, capitolul VI „Modalități de plată”, la articolul 8, punctele 1.4 și 2.2 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1.4. Valoarea minimă garantată a punctului «per capita» este unică pe țară; pentru trimestrele II și III ale anului 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata «per capita» este de 4,5 lei; pentru trimestrul IV 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata «per capita» va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trimestrele II și III.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical — consultație este unică pe țară; pentru trimestrele II și III ale anului 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical — consultație este de 0,9 lei; pentru trimestrul IV 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical — consultație va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată din trimestrele II și III.”

15. În anexa 3, capitolul X „Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului”, la articolul 13, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

„h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 6, 8, 12, 15, 16, 17, 18.a), 20, 22, 23, 24, 27 și 32;”.

16. În anexa 3, la capitolul X „Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului”, articolul 15 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 15. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurrentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

17. În anexa 4, capitolul II „Obiectul convenției” se modifică și va avea următorul cuprins:

„II. Obiectul convenției:

1. Preluarea activității medicale a medicului de familie , cu contractul nr. , pentru o perioadă de absență de , de către medicul de familie

2. Prezenta convenție se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absență în cadrul derulării contractului și se actualizează, după caz.”

18. În anexa 6, capitolul V „Obligațiile părților”, litera B „Obligațiile furnizorului de servicii medicale”, la articolul 5, punctele 15 și 36 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„15. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezenta convenției și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenției.

36. să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate prescrierii medicamentelor cu și fără contribuție personală, în tratamentul ambulatoriu;”.

19. În anexa 6, capitolul X „Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției”, la articolul 11, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 pct. 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15. a), 17, 19, 20, 21, 24 și 30;”.

20. În anexa 6, la capitolul X „Încetarea, rezilierea și suspendarea convenției”, articolul 13 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 13. — (1) Convenția se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform convențiilor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurrentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

21. În anexa 7, capitolul I „Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice”, litera C „Pachetul de servicii medicale de bază”, la punctul 1, tabelul „Stabilirea numărului de puncte pe consultație” se modifică și va avea următorul cuprins:

„Stabilirea numărului de puncte pe consultație:

		Număr puncte pentru specialități medicale	Număr puncte pentru specialități chirurgicale
a.	Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte
b.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	32,40 puncte	—
c.	Consultația peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte
d.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă peste vârsta de 4 ani	21,6 puncte	—
e.	Consultația de fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10,8 puncte	—
f.	Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	21,6 puncte	—
g.	Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	—

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani).”

22. În anexa 7, la capitolul I „Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice” litera C punctul 2, nota se modifică și va avea următorul cuprins:

„NOTĂ: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație — control/evaluare periodică — epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz, cu excepția bolnavilor cu afecțiuni pentru care prescrierea medicamentelor se realizează lunar.”

23. În anexa 7, la capitolul I „Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice” litera C punctul 6, primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

„6. Servicii conexe actului medical — pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate cu următoarele specialități clinice:

— neurologie și neurologie pediatrică;

— otorinolaringologie;

— psihiatrie, psihiatrie pediatrică,

pentru servicii conexe furnizate de psihologi și logopezi.”

24. În anexa 7, la capitolul II „Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice”, în tabel, la nr. crt. 1 și 143, denumirile analizelor se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Hemoleucogramă completă — hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite****, formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)

.....
CT membre nativ și cu substanță de contrast nonionică/segment”.

25. În anexa 7, la capitolul II „Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice”, după nota * de la subsolul tabelului se introduce nota ****), cu următorul cuprins:**

„****) În condițiile în care se consemnează distinct de către medicul care a făcut recomandarea pentru hemoleucogramă.”

26. În anexa 8, la articolul 3 alineatul (1) litera b), prima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, neuropsihiatrie infantilă, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute).”

27. În anexa 8, la articolul 4, alineatele (3) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară; pentru trimestrele II și III ale anului 2010, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu este de 0,9 lei; pentru trimestrul IV 2010, valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical va fi calculată în funcție de fondurile aprobate cu această destinație, va fi prevăzută în norme și nu va putea fi mai mică decât valoarea minimă garantată în trimestrele II și III.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcție de fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv. Pentru trimestrul II, regularizarea trimestrială se realizează în două etape după cum urmează: până la data de 25 a lunii a

două a trimestrului și până la data de 25 a lunii următoare încheierii trimestrului. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.”

28. În anexa 8, la articolul 8, alineatele (3) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Furnizorul de servicii medicale paraclinice, în situația în care nu poate efectua toate serviciile paraclinice conform biletului de trimitere, este obligat să anuleze cu o linie pe cele două exemplare ale biletului serviciile paraclinice neefectuate; este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigații paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice. În situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în municipiul București, medicul care a eliberat biletul de trimitere trebuie să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

(4) Fiecare casă de asigurări de sănătate își organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigațiile paraclinice, în acest sens stabilindu-și evidențe proprii.

În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.”

29. În anexa 10, la capitolul I „Criterii de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice — laboratoare de analize medicale”, punctul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„2. a) Să facă dovada capacității tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua investigațiile medicale paraclinice — analize medicale de laborator prevăzute la cap. II pct. 1 din anexa nr. 7 la prezentele norme, cu excepția examinărilor histopatologice și de citologie.

b) Pentru examinările histopatologice și de citologie, furnizorul are obligația de a face dovada capacității tehnice numai în situația în care solicită contractarea acestora.”

30. În anexa 11, la capitolul II „Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice — radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ” punctul 2 subpunctul 1 „Criteriul de evaluare a resurselor” litera A, litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:

„f) Dacă 2 sau mai mulți furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeași serie și același număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv și nu se mai iau în calcul la niciunul dintre furnizori.

Fac excepție furnizorii de servicii medicale paraclinice — radiologie și imagistică care își desfășoară activitatea utilizând același spațiu și aceleași echipamente specifice deținute și/sau utilizate în comun în condițiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în

vigoare și numai în condițiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor își desfășoară activitatea cu respectarea dispozițiilor Contractului-cadru pentru anul 2010 și într-un program de lucru distinct.”

31. În anexa 11, la capitolul II „Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice — radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ” punctul 2 subpunctul 2 „Criteriul de calitate”, paragraful 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„În situația în care furnizorul de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală prezintă certificatul de conformitate, acesta primește maximum 100 de puncte, respectiv câte un punct pentru fiecare investigație care se regăsește în anexa la certificatul de conformitate a sistemului de management și care este oferită spre contractare.”

32. În anexa 12, capitolul V „Obligațiile părților” litera B „Obligațiile furnizorului de servicii medicale”, la articolul 7, punctul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„9. a) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.”

33. În anexa 12, capitolul VI „Modalități de plată”, la articolul 9 alineatul (1), după teza a doua se introduce o nouă teză, teza a treia, cu următorul cuprins:

„Pentru trimestrul II, decontarea ca urmare a regularizării trimestriale se realizează în două etape, după cum urmează: până la data de 30 a lunii a doua a trimestrului și până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.”

34. În anexa 12, capitolul IX „Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, la articolul 15, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 15, 16, 17, 20 și 23;”

35. În anexa 12, la capitolul IX „Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, articolul 17 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 17. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestui; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestui;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație.

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurrentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

36. În anexa 13, capitolul V „Obligațiile părților” litera B „Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice”, la articolul 7, literele h) și ah) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„h1) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h2) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

ah) să stocheze în arhiva proprie, după caz, imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii;”

37. În anexa 13, capitolul X „Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, la articolul 15, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h 1), j), l), m), o), r) și s); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care a încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;”

38. În anexa 13, la capitolul X „Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, articolul 17 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 17. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialitățile clinice se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestui; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestui;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor

medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație;

e) în situația prevăzută la art. 7 lit. ad).

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

39. În anexa 14, capitolul V „Obligațiile părților”, la articolul 7, punctul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„9.a) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.”

40. În anexa 14, capitolul X „Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, la articolul 16, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 14, 15, 16, 19 și 22;”

41. În anexa 14, la capitolul X „Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, articolul 18 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 18. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în situația descrisă anterior.

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a

documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

42. În anexa 15, capitolul V „Obligațiile părților”, la articolul 8, punctul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„9.a) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin prezentul contract și care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.”

43. În anexa 15, capitolul X „Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, la articolul 19, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 14, 15, 18, 21 și 26;”

44. În anexa 15, la capitolul X „Sanțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului”, articolul 21 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 21. — (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) încetarea valabilității autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acesteia/acestuia; suspendarea se face pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității acesteia/acestuia;

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

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care medicul titular al cabinetului medical individual este suspendat din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România sau este suspendat din exercițiul profesiei; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum și pentru unitățile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic și tratament, centrele medicale aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situație.

(2) Pentru nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate se datorează majorări de întârziere în condițiile legii.

(3) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

45. În anexa 16, la capitolul I „Pachet de servicii medicale de bază” litera B punctul 1, subpunctul 1.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a)—o);”

46. În anexa 16, capitolul I „Pachet de servicii medicale de bază” litera B, la punctul 2, în tabel, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) — Radioterapie 48,50/câmp (în medie două câmpuri pe ședință).”

47. În anexa 17, la articolul 3, prima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 3. — Serviciile medicale spitalicești ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, cu excepția serviciilor de hemodializă, pentru care se încheie contract distinct. Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitalicești prevăzut în anexa 20 la ordin.”

48. În anexa 23, capitolul V „Obligațiile părților”, la articolul 5, literele e) și f) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„e) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, notificarea va fi transmisă furnizorului în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze unităților medicale specializate, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgență și a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraților în luna precedentă, în baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de urgență și transport sanitar, cu încadrarea în sumele negociate și contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua, până la data de 20, decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract;”

49. În anexa 23, capitolul VI „Modalități de plată”, la articolul 9, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua, până la data de 20, decontarea lunii curente pentru perioada 1—15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizați și în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate și facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferența reprezentând servicii medicale realizate și nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.”

50. În anexa 26, capitolul X „Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului”, la articolul 17, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

p. Ministrul sănătății,
Adrian Streinu-Cercel,
secretar de stat

51. În anexa 31, capitolul V „Obligațiile părților” litera A „Obligațiile casei de asigurări de sănătate”, la articolul 6, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) să afișeze pe site, zilnic, precum și pentru prima, respectiv a doua jumătate a fiecărei luni, la datele de 15 și 30/31 ale lunii respective, contravaloarea medicamentelor eliberate de fiecare farmacie cu care casa de asigurări de sănătate se află în relație contractuală, raportate de farmacia potrivit formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

52. În anexa 31, capitolul V „Obligațiile părților” litera B „Obligațiile furnizorilor de medicamente”, la articolul 7, punctul 24) se modifică și va avea următorul cuprins:

„24) să transmită caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor și materialelor sanitare eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

53. În anexa 31, capitolul IX „Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului”, la articolul 18, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacia conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

54. În anexa 33, la articolul 6 alineatul (3), teza a doua se modifică și va avea următorul cuprins:

„Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă.”

55. În anexa 34, capitolul V „Obligațiile părților” litera B „Obligațiile furnizorului de dispozitive medicale”, la articolul 6, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

„h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele medicale la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate atât înainte, cât și după protezarea auditivă, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații.”

56. În anexa 34 capitolul IX „Încetarea, rezilierea și suspendarea contractului”, la articolul 16, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.”

Art. II. — Prezentul ordin se aplică începând cu luna aprilie 2010 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae Lucian Duță