

GVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 cu modificările și completările ulterioare

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I - Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 895 din 30 decembrie 2010, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 43, după litera e) se introduce o literă nouă, lit. f) cu următorul cuprins:

„f) centre de sănătate multifuncționale cu sau fără personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.”

2. După alineatul (11) al articolului 43 se introduce un alineat nou, alin. (11¹) cu următorul cuprins:

„(11¹) Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul centrelor de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică, casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale paraclinice în condițiile contractului-cadru și ale normelor, serviciile realizate conform contractului încheiat fiind decontate din fondul aferent asistenței medicale spitalicești. Suma contractată pentru aceste laboratoare de servicii medicale paraclinice se stabilește în aceleași condiții ca și pentru ceilalți furnizori de servicii medicale paraclinice, utilizându-se metodologia prevăzută în norme.”

3. După alineatul (5) al articolului 47 se introduce un alineat nou, alin. (6) cu următorul cuprins:

„(6) Medicii de specialitate din specialitățile clinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare a sănătății, care se regăsesc într-un contract aflat în derulare cu casa de asigurări de sănătate pentru activitatea desfășurată în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului, pot desfășura activitate și într-un cabinet organizat în centrul de sănătate multifuncțional din structura aceluiași spital, pentru un program de lucru distinct, în baza contractului în derulare, repartizarea pe zile fiind stabilită de medicul-șef al centrului de sănătate multifuncțional și aprobat de managerul spitalului, afișat la loc vizibil, cu respectarea legislației muncii.”

4. Alineatul (4) al articolului 48 din Anexă se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, de medicină dentară și de recuperare-reabilitare organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor și în centrele

multifuncționale organizate în structura spitalelor intră în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate astfel:

a) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program de minimum 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, reprezentantul legal încheie contract distinct pentru servicii medicale din specialitatea respectivă, acordate în ambulatoriu, care sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, respectiv asistența medicală dentară și asistența medicală de recuperare-reabilitare în ambulatoriu. Condițiile decontării serviciilor medicale sunt stabilite prin norme;

b) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program sub 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, reprezentantul legal încheie act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, care sunt decontate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești. Condițiile decontării serviciilor medicale sunt stabilite prin norme.”

5. După alineatul (4) al articolului 48 din Anexă se introduc două noi alineate, alin. (4¹) și alin. (4²) cu următorul cuprins:

„(4¹) Pentru cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de recuperare-reabilitare și de medicină dentară din structura spitalelor reprezentantul legal încheie un singur contract / un singur act adițional cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor și în centrul de sănătate multifuncțional, cu respectarea art. 48 alin. (4).

(4²) Pentru laboratoarele de investigații medicale paraclinice organizate în cadrul spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, reprezentantul legal încheie un singur act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv cel din centrul de sănătate multifuncțional, în condițiile prevăzute în norme.”

6. Alineatul (2) al articolului 63 din Anexă se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical și/sau tarif pe caz rezolvat, stabilit prin norme și în condițiile prevăzute în norme.”

7. La articolul 65 din Anexă, alineatul (2) literele e), f) și g), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie și în cabinetele de boli infecțioase care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b).

f) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, în condițiile stabilite prin norme, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești;

g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat;”

8. La articolul 70, alineatul (2), literele c) și d) din Anexă se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, precum și pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului, finanțate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialitățile clinice, în condițiile stabilite prin norme, respectiv din fondul alocat asistenței medicale spitalicești pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b);

d) sume pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești, în condițiile stabilite prin norme.”

9. La articolul 71, alineatul (1), literele e), f) și g) din Anexă se modifică și vor avea următorul cuprins:

„e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, efectuate în regim ambulatoriu, precum și pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale organizate în structura spitalului se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, în limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, se decontează în limita sumei contractate;”

10. După articolul 123 din Anexă se introduc două noi articole, art. 123¹ și art. 123² cu următorul cuprins:

„Art. 123¹ – Quantumul aferent coplății reprezintă suma ce poate fi percepută de la asigurați pentru serviciile medicale accesate care fac parte din lista de servicii medicale pentru care se percepe coplată.

Art. 123². – (1) Domeniile de asistență medicală pentru care se încasează coplată sunt:

a) asistență medicală primară
b) asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie precum și asistența medicală ambulatorie asigurată în baza competențelor/atestatelor de studii complementare în fitoterapie, homeopatie, planificare familială și acupunctură;

c) asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

d) asistență medicală spitalicească

(2) Unitățile sanitare organizate conform prevederilor legale în vigoare care încasează coplată în condițiile prezentei hotărâri sunt cele aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; Coplata se încasează pentru serviciile medicale acordate în:

a) cabinetele medicale de asistență medicală primară, organizate conform prevederilor legale în vigoare

b) cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice inclusiv homeopatie, fitoterapie, planificare familială și acupunctură, organizate conform prevederilor legale în vigoare

c) cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriu de recuperare, medicină fizică și balneologie, inclusiv baze de tratament, organizate conform prevederilor legale în vigoare;

d) laboratoarele de investigații medicale paraclinice, organizate conform prevederilor legale în vigoare, pentru serviciile medicale paraclinice efectuate în regim ambulatoriu.

e) secțiile/compartimentele cu paturi inclusiv structuri de spitalizare de zi din unitățile sanitare cu paturi și unitățile autorizate de Ministerul Sănătății să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi

(3) Lista serviciilor medicale, pe domenii de asistență medicală, pentru care se încasează coplata sunt:

a) în asistența medicală primară: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt serviciile medicale - consultații acordate asiguraților atât în cabinetul medical cât și la domiciliul asiguratului, inclusiv persoanelor asigurate facultativ, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, cu excepția consultațiilor pentru situații de urgență medico-chirurgicală și a consultațiilor pentru care se eliberează certificat constatator de deces, astfel:

a1) nivelul minim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul fără grad profesional și cu grad profesional specialist și este 4 lei/consultație.

a2) nivelul maxim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul cu grad profesional primar și este 5 lei/consultație.

b) în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt consultațiile medicale acordate asiguraților, inclusiv persoanelor care se asigură facultativ, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru specialitățile clinice, cu excepția serviciilor conexe actului medical furnizate de psihologi și logopezi, serviciilor diagnostice, serviciilor terapeutice/tratamente chirurgicale și medicale și a consultațiilor medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală.

b1) nivelul minim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul cu grad profesional specialist și este 5 lei/consultație.

b2) nivelul maxim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul cu grad profesional primar și este 7 lei/consultație.

c) în asistență medicală ambulatorie asigurată în baza competențelor/atestatelor de studii complementare în fitoterapie, homeopatie, planificare familială și în care medicii își desfășoară activitatea exclusiv în baza competențelor/atestatelor: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt consultațiile medicale acordate asiguraților, inclusiv persoanelor care se asigură facultativ, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, cu excepția consultațiilor medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală.

c1) nivelul minim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul fără grad profesional sau cu grad profesional specialist și este 4 lei/consultație.

c2) nivelul maxim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul fără grad profesional sau cu grad profesional primar și este 5 lei/consultație.

d) în asistență medicală ambulatorie de specialitate asigurată în baza competențelor/atestatelor de studii complementare în acupunctură și în care medicul își desfășoară activitatea exclusiv în baza competențelor/atestatelor: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt consultațiile medicale acordate asiguraților, inclusiv persoanelor care se asigură facultativ, precum și pentru curele de tratament de acupunctură, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat lei, cu excepția consultațiilor medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală.

d1) nivelul minim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul fără grad profesional sau cu grad profesional specialist și este 4 lei/consultație.

d2) nivelul maxim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul fără grad profesional sau cu grad profesional primar și este 5 lei/consultație

d3) nivelul coplății pentru cura de tratament de acupunctură este de 10 lei/cură.

e) în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea de recuperare, medicină fizică și balneologie: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt consultațiile medicale acordate asiguraților, inclusiv persoanelor care se asigură facultativ, și cura de tratament de recuperare reabilitare a sănătății, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat lei, cu excepția consultațiilor medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală.

e1) nivelul minim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul cu grad profesional specialist și este 5 lei/consultație.

e2) nivelul maxim al coplății se încasează pentru consultațiile acordate de medicul cu grad profesional primar și este 7 lei/consultație

e3) nivelul coplății pentru cura de tratament de recuperare reabilitare a sănătății este 20 lei/cură

f) în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice – analize medicale de laborator: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt serviciile medicale paraclinice-analize medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baza unui bilet de trimitere.

f1) în situația în care sunt efectuate 1 până la 5 inclusiv analize de laborator în baza unui bilet de trimitere, nivelul coplății este 5 lei.

f2) în situația în care sunt efectuate 6 până la 10 inclusiv analize de laborator în baza unui bilet de trimitere, nivelul coplății este 10 lei.

f3) în situația în care sunt efectuate peste 10 analize de laborator în baza unui bilet de trimitere, nivelul coplății este 20 lei.

g) în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice – radiologie, imagistică medicală și explorări funcționale: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt serviciile medicale paraclinice prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baza unui bilet de trimitere cu excepția celor prevăzute la lit. h).

Nivelul coplății este de 5 lei/bilet de trimitere.

h) în asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice – investigații de înaltă performanță (RMN. CT, angiografii, scintigrafii): serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt investigațiile de înaltă performanță prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază efectuate în baza unui bilet de trimitere.

Nivelul coplății este cel prevăzut în tabelul de mai jos:

Investigații paraclinice de înaltă performanță	Nivelul coplății / bilet de trimitere
1. RMN nativ	150 lei
2. RMN cu substanță de contrast	250 lei
3. CT nativ	100 lei
4. CT cu substanță de contrast	150 lei
5. angiografie	80 lei
6. scintigrafie	100 lei

i) în asistență medicală spitalicească: serviciile medicale pentru care se încasează coplata sunt serviciile medicale spitalicești acordate atât prin spitalizare de zi cât și prin spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază și în pachetul facultativ în asistența medicală spitalicească cu excepția serviciilor medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, a internărilor obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114

din Codul penal și cele dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum și pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată (ani) 360 zile și pentru serviciile acordate în structurile de primiri urgente indiferent de forma de organizare.

ii) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif/serviciu medical sau prin tarif/caz rezolvat, nivelul coplății este cel prevăzut în tabelul de mai jos:

Clasificare spitale în funcție de competență	Nivelul coplății/o spitalizare de zi
1. categoria I și IM	60 lei
2. categoria II și II M	50 lei
3. categoria III	40 lei
4. categoria IV	30 lei
5. categoria V și spitalele neclasificabile	20 lei
6. unități autorizate de Ministerul Sănătății să acorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi și care nu acordă servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă	20 lei

i2) pentru serviciile medicale – caz rezolvat acordate în regim de spitalizare continuă nivelul coplății este cel prevăzut în tabelul de mai jos, stabilit pe categorie de unitate sanitară conform clasificării spitalelor pe categorii:

Clasificare spitale în funcție de competență	Nivelul coplății/o spitalizare continuă
1. categoria I și IM	80 lei
2. categoria II și II M	70 lei
3. categoria III	60 lei
4. categoria IV	50 lei
5. categoria V și spitalele neclasificabile	40 lei

(4) Furnizorii de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile pentru care se încasează coplată, cu excepția celor prevăzute de actele normative în vigoare.

(5) Categoriile de asigurați scutite de coplată fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și documente și/sau după caz declarație pe proprie răspundere că îndeplinește condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri potrivit art. 213¹ din Legea nr. 95/2006, conform modelului prevăzut în norme.

(6) Prevederile prezentului articol intră în vigoare la 30 de zile de la data publicării prezentei hotărâri în Monitorul Oficial al României.”

11. Articolul 127 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 127. Centrele de sănătate multifuncționale înființate și organizate conform prevederilor legale în vigoare pot fi:

- a) centre de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică;
- b) centre de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura unor spitale, conform prevederilor legale în vigoare.”

12. După articolul 127 se introduce un articol nou, art. 127¹ cu următorul cuprins:

„Art. 127¹. – (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai centrelor de sănătate multifuncționale înființate ca unități cu personalitate juridică, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii aprobate, conform prevederilor contractului-cadru și ale normelor.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte / acte adiționale de furnizare de servicii medicale spitalicești cu reprezentanții legali ai spitalelor pentru centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistență medicală potrivit structurii aprobate pentru centrul de sănătate multifuncțional, conform prevederilor contractului-cadru și ale normelor.”

PRIM- MINISTRU
VICTOR – VIOREL PONTA