

**Notă**

Textul actualizat reprezintă o reproducere neoficială a actului normativ și are caracter informativ.  
Pentru varianta oficială a actelor normative vă rugăm să consultați Monitorul Oficial.

**Hotărârea nr. 400/2014**

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015

Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 366 din 19.05.2014

Text consolidat la data de 01.04.2015.

Actul include modificările și/sau completările din următoarele acte:

- Hotărârea Guvernului nr. 205/2015 publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 208 din 30.03.2015.

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 210 alin. (1) lit. c) și d) și al art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

**Art. 1. - (1)** Se aprobă pachetele de servicii medicale, respectiv pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, acordate pentru perioada 2014-2015, prevăzute în anexa nr. 1.

**(2)** Se aprobă Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, prevăzut în anexa nr. 2.

**Art. 2. - (1)** Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România, a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și a organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**(2)** Casa Națională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al miniștrilor și conducătorilor instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii.

**Art. 3. - (1)** Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate și în limitele prevăzute de legislația în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.

**(2)** Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale pe casele de asigurări de sănătate se face, în condițiile legii, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după reținerea la dispoziția sa a unei sume suplimentare reprezentând 3% din fondurile prevăzute cu această destinație. Această sumă se utilizează în situații justificate, în condițiile legii, și se repartizează până la data de 30 noiembrie a fiecărui an.

**Art. 4. -** Criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraților, elaborate de către structuri de specialitate ale Ministerului Sănătății și aprobate prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii, au caracter obligatoriu pentru toți furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.

**Art. 5. -** Condițiile acordării asistenței medicale și criteriile privind calitatea acestora se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât și celor privați.

**Art. 6. - (1)** Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate prevăzute la art. 3 alin. (1) sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.

**(2)** Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

**(3)** Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, în limita creditelor bugetare și de angajament aprobate cu această destinație prin legile bugetare anuale.

**(4)** Totalul angajamentelor legale aferente serviciilor medicale, medicamentelor cu și fără contribuție personală și unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu poate depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an.

**Art. 7. -** Pentru aplicarea prevederilor prezentei hotărâri, termenii și expresiile de mai jos semnifică după cum urmează:

- a) case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești;
- b) norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;
- c) Fond - Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- d) dispozitive medicale - dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu;
- e) pachetul de servicii de bază - se acordă asiguraților și cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații;
- f) pachetul minimal de servicii - în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și cuprinde servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție;
- g) niveluri generale de prioritate - indicația privind durata maximă a timpului de programare la același segment de asistență medicală sau trimitere către un alt segment de asistență, într-un interval de timp corespunzător nivelului de prioritate pentru fiecare condiție clinică. Nivelurile de prioritate sunt utilizate în vederea întocmirii listelor de prioritate, cu excepția nivelului de prioritate 0:
  - i) nivel de prioritate 0 - afecțiuni cu potențial imediat amenințător de viață pentru care se impune trimiterea imediată pentru spitalizare de urgență, fiind obligatorie acordarea primului ajutor și asigurarea asistenței medicale de urgență adecvată prin apelarea la 112 sau internarea pacientului, dacă cabinetul se află în structura unui spital care deține capacitatea și competențele necesare pentru tratarea cazului respectiv;
  - ii) nivel de prioritate 1 - afecțiuni cu impact potențial semnificativ al intervenției precoce de a preveni complicații severe pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate/spital, după caz; se recomandă trimiterea în maximum 7-28 zile;

- iii) nivel de prioritate 2 - situații clinice neamenințătoare de viață, dar cu un orizont de timp limitat pentru ca intervenția să prevină deteriorarea funcțională pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate; se recomandă trimiterea în maximum 1-3 luni;
- iv) nivel de prioritate 3 - evaluare complexă/precizare de diagnostic pentru pacienți stabili a căror afecțiune nu prezintă potențial de deteriorare rapidă sau afectare ușoară ori moderată a statusului funcțional pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate; se recomandă trimiterea în maximum 3-6 luni;
- h) frecvență/plafon - frecvența exprimă regularitatea cu care se acordă serviciile medicale, iar plafonul reprezintă numărul maxim de servicii acordate;
- i) ghiduri de practică clinică - recomandări dezvoltate în mod transparent și sistematic prin metodele medicinei bazate pe dovezi, cu scopul orientării deciziei privind intervențiile în sănătate;
- j) traseu sau circuit clinic - planuri de management al cazului care conțin actele medicale necesare, ordinea realizării lor în cadrul procesului de îngrijire, frecvența de repetare, după caz, secvența acestora, roluri și responsabilități specifice, precum și condițiile de trimitere a cazului între profesioniștii implicați, la toate nivelele de îngrijire ale sistemului de sănătate pentru o afecțiune sau un grup de afecțiuni specificate. Planurile de management al cazului se întocmesc de către medici pentru pacienții cu afecțiuni cronice utilizând clasificarea tipurilor de consultații prevăzute mai jos. Traseele clinice reprezintă principalul instrument operațional pentru integrarea și coordonarea serviciilor de sănătate;
  - i) consultație de tip A - consultație scurtă: îngrijirea pentru o afecțiune cronică confirmată, în relație cu una sau mai multe boli, pentru care se aplică deja un plan de management, caracterizată prin sarcini simple și care poate include următoarele: anamneză, examinare clinică, management limitat al bolii - prescriere medicație, concediu medical, urmărire indicații igieno-dietetice, bilet de trimitere, înregistrare informații clinice în dosarul electronic al pacientului, de la data implementării acestuia;
  - ii) consultație de tip B - consultație standard - având două subcategorii, consultație de nivel B1 și consultație de nivel B2;
    - 1. consultația de tip B1 - constă în îngrijirea pentru o afecțiune care nu este confirmată, în relație sau nu cu una sau mai multe boli preexistente, și poate include următoarele: anamneză detaliată, examinarea clinică specifică specialității, inclusiv manevrele uzuale din practica curentă, stabilirea planului de investigații cu interpretare, stabilirea planului de management al bolii, inclusiv activități de suport;
    - 2. consultația de tip B2 - constă în îngrijirea pentru monitorizarea pacientului cu una sau mai multe afecțiuni cronice, pentru care există periodicitate menționată în planul de management și poate include următoarele: bilanțul stării de sănătate, examen clinic, investigații, urmărirea și/sau actualizarea planului de management, activități de suport;
- k) cazurile de urgență medico-chirurgicală - cazurile de cod roșu, cod galben și cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătății publice și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare;
- l) spitalizarea evitabilă - spitalizarea continuă care apare pentru afecțiuni care pot fi abordate și rezolvate prin servicii medicale eficiente și acordate la timp la alte nivele ale sistemului de sănătate: medic de familie, ambulatoriu de specialitate, spitalizare de zi;
- m) episodul de boală pentru afecțiuni acute este inițiat la primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate pentru o problemă de sănătate și este limitat în timp, de regulă la 3 luni - fie prin evoluția cu durată limitată a bolii către vindecare, fie prin transformarea în boală cronică - problema de sănătate nou-apărută primește un diagnostic de boală cronică;
- n) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură.

**Art. 8. - (1)** Furnizorii și casele de asigurări de sănătate aflați în relație contractuală au obligația să respecte prevederile prezentei hotărâri și ale normelor.

**(2)** Nerespectarea obligațiilor contractuale de către părți conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

**Art. 9. - (1)** Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.

**(2)** Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare negociate între părțile contractante, potrivit prevederilor art. 247 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

**Art. 10. - (1)** Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, comunică termenele de depunere/transmitere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.

**(2)** În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale depun/transmit cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**(3)** Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.

**Art. 11. - (1)** Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii, pe baza facturii și documentelor justificative stabilite conform prevederilor legale în vigoare, care se depun/transmit și se înregistrează la casele de asigurări de sănătate în luna următoare celei pentru care se face raportarea activității realizate.

**(2)** Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

**(3)** Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

**Art. 12. - (1)** În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligațiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

**(2)** În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora și care au condus la nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de același tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

**(3)** După reluarea relației contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de același tip încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.

**(4)** În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1)-(3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

**Art. 13. - (1)** Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

**(2)** La efectuarea controlului de către reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, în cazul în care se solicită participarea reprezentanților Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, după caz, aceștia participă la efectuarea controlului.

**(3)** Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de către structuri de specialitate ale Ministerului Sănătății și aprobate prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

**(4)** Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate și/sau de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

**(5)** În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

**Art. 14. - (1)** Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control.

**(2)** Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documente medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control, conform solicitării scrise a organelor de control, se sancționează conform legii și poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

**Art. 15. - (1)** Furnizorii de servicii medicale, cu excepția unităților sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, și a secțiilor de boli profesionale, precum și a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală. Până la stabilirea caracterului "de muncă" al accidentului sau a caracterului "profesional" al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum și a medicamentelor și unor materiale sanitare acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din contribuțiile de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus, și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.



**(2)** Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală aceste evidențe, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus, și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.

**Art. 16. - (1)** Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu au obligația:

- a) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2);
- b) să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

**(2)** Furnizorii de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligația:

- a) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială; în cadrul acestor evidențe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2);
- b) să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.

**(3)** Pentru cazurile la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, unitățile sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, secțiile de boli profesionale, aflate în relație contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, întocmesc distinct, în vederea validării și decontării ulterioare de către casele de asigurări de sănătate, documentele justificative pentru serviciile acordate pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, respectiv pacienților beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004.

**Art. 17. -** Potrivit prevederilor prezentei hotărâri, atribuțiile care revin direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București sunt exercitate și de către direcțiile medicale sau de structurile similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, precum și de către autoritățile publice locale care au preluat managementul asistenței medicale spitalicești conform legii.

**Art. 18. - (1)** Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma «conform cu originalul» și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura

electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

**(2)** Toate documentele necesare decontării serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura/semnătura electronică extinsă a reprezentanților legali ai furnizorilor.

**(3)** La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale depun o declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceleiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

**(4)** Dispozițiile alin. (3) nu sunt aplicabile pentru situațiile prevăzute de prezenta hotărâre și normele metodologice de aplicare a acesteia, precum și pentru situațiile rezultate ca urmare a desfășurării activității specifice proprii de către furnizori.

**(5)** În situația în care se constată de către autoritățile/organele abilitate, ca urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute la alin. (3), contractul se reziliază de plin drept.

**(6)** În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condițiile prevăzute la alin. (5), casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționar.

**Art. 19. - (1)** Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:

- a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă și sportive, asistența medicală la locul de muncă, asistența medicală a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de înaltă performanță, altele decât cele prevăzute în norme;
- c) unele servicii de asistență stomatologică, altele decât cele prevăzute în norme;
- d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
- e) corecțiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cu excepția reconstrucției mamare prin endoprotezare în cazul intervențiilor chirurgicale oncologice;
- f) unele medicamente, materiale sanitare și tipuri de transport, altele decât cele prevăzute în norme;
- g) serviciile medicale solicitate și eliberarea actelor medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților și eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguraților, cu excepția celor prevăzute în norme;
- h) fertilizarea in vitro;
- i) asistența medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacității de muncă, a încadrării și reevaluării gradului de handicap;
- j) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului și auzului;
- k) contribuția personală din prețul medicamentelor, al unor servicii medicale și al dispozitivelor medicale;
- l) serviciile medicale solicitate de asigurat;
- m) unele servicii și proceduri de reabilitare, altele decât cele prevăzute în norme;
- n) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;
- o) serviciile acordate în cadrul secțiilor/clinicilor de boli profesionale și cabinetelor de medicină a muncii;
- p) serviciile hoteliere solicitate de pacienții ale căror afecțiuni se tratează în spitalizare de zi;
- q) cheltuielile de personal pentru medici, farmaciști și medici dentiști pe perioada rezidențiatului;
- r) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning familial din structura spitalului;

- s) cheltuielile de personal pentru medicii și personalul sanitar din unitățile sau secțiile de spital cu profil de recuperare a distroficiilor, recuperare și reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
- ș) activitățile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie;
- t) cheltuielile prevăzute la art. 93 alin. (5) și, după caz, alin. (5<sup>1</sup>) și (5<sup>6</sup>) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru unitățile de primire a urgențelor și compartimentele de primire a urgențelor cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență, aprobate în condițiile legii.

**(2)** Contribuția personală prevăzută la alin. (1) lit. k) se stabilește prin norme.

**Art. 20. - (1)** Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistență medicală gratuită suportată din Fond, în condițiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât și suma aferentă contribuției personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligație de plată pentru asigurat, în condițiile prevăzute în norme.

**(2)** Pentru asigurații prevăzuți la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat.

**Art. 21. - (1)** Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iunie 2014.

**(2)** La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 166 din 28 martie 2013, cu modificările ulterioare, se abrogă.

**Art. 22. -** Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

Anexa nr. 1 - Pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază

Anexa nr. 2 - Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015