



# MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI

Anul XII — Nr. 234

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 29 mai 2000

## SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
399.	— Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2000 .....	1-8

## HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

### GUVERNUL ROMÂNIEI

#### HOTĂRÂRE

#### pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2000

În temeiul art. 11 alin. (2) din Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — Casa Națională de Asigurări de Sănătate, împreună cu Colegiul Medicilor din România, elaborează norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare *norme*, care se actualizează după caz. Normele se aprobă prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România, cu avizul Ministerului Sănătății, Ministerului Finanțelor și Ministerului Justiției, și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 3. — Serviciile medicale, serviciile farmaceutice și dispozitivele medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice se acordă în baza contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale, servicii farmaceutice și dispo-

zitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Transporturilor, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*.

Art. 4. — (1) Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate sunt reglementate prin acte normative în vigoare, precum și prin contractul-cadru aprobat potrivit prezentei hotărâri.

(2) Ministerul Sănătății, autoritate centrală de stat în domeniul asigurării, promovării și ocrotirii sănătății populației, supraveghează respectarea legislației în domeniu pentru garantarea dreptului la asistență medicală, colaborând în acest scop cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, Colegiul

Farmacivilor din România, autoritățile publice locale și cu alte instituții abilitate.

Art. 5. — Asigurarea calității serviciilor medicale constituie o obligație a furnizorilor de servicii medicale. Aceasta constă în respectarea criteriilor privind calitatea asistenței medicale, elaborate de comisiile de specialitate ale Colegiului Medicilor din România și de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și aprobate prin ordin comun al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al președintelui Colegiului Medicilor din România.

Art. 6. — Ordinele și normele emise pentru aplicarea contractului-cadru potrivit prezentei hotărâri se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Art. 7. — Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte de furnizare de servicii medicale, farmaceutice, dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal.

Art. 8. — (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2000.

(2) Până la intrarea în vigoare a contractului-cadru pentru anul 2000 rămân aplicabile dispozițiile Hotărârii Guvernului nr. 312/1999 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 1999, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU

**MUGUR CONSTANTIN ISĂRESCU**

Contrasemnează:

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Alexandru Ciocâlțu**

p. Ministru de stat, ministrul sănătății,  
**Irinel Popescu,**  
secretar de stat

Ministrul muncii și protecției sociale,  
**Smaranda Dobrescu**

Ministrul finanțelor,  
**Decebal Traian Remeș**

București, 18 mai 2000.  
Nr. 399.

ANEXĂ

## CONTRACT-CADRU

**privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2000**

### CAPITOLUL I

#### Dispoziții generale

Art. 1. — Furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice sunt obligați:

a) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de medicamente, conform reglementărilor în vigoare;

b) să nu refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență medicală; prima prezentare în urgență a copilului bolnav sau a gravidei în localitatea de reședință conduce la înscrierea acestora pe lista medicului de familie. Consultațiile ulterioare, cu excepția urgențelor, se acordă doar cu dovedirea calității de asigurat și cu respectarea prevederilor contractului-cadru;

c) să respecte criteriile medicale de calitate, conform legii;

d) să informeze asigurații despre serviciile oferite și despre modul în care sunt furnizate;

e) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

f) să raporteze activitatea desfășurată în conformitate cu legislația în vigoare și cu prevederile normelor de aplicare a prezentului contract-cadru. Nerespectarea termenelor de raportare o perioadă de maximum două luni consecutive în cadrul unui trimestru conduce la măsuri mergând până la rezilierea contractului de furnizare de servicii;

g) să utilizeze în condiții de eficiență fondurile primite de la casele de asigurări de sănătate, în baza contractelor încheiate;

h) să accepte verificarea din partea caselor de asigurări de sănătate și a colegiului județean al medicilor a activității contractate, a calității serviciilor medicale furnizate și a eficienței utilizării fondurilor primite de la casele de asigurări de sănătate.

Art. 2. — Furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării funcționale ori corectării unor deficiențe fizice au următoarele drepturi:

a) să fie informați permanent și din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale și despre orice schimbări în modul de funcționare și de acordare a acestora;

b) să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate de casele de asigurări de sănătate;

c) să își organizeze activitatea proprie pentru creșterea eficienței și eficacității actului medical, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare.

Art. 3. — Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

a) să verifice autorizarea și/sau acreditarea furnizorilor de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice;

b) să verifice prescrierea medicamentelor în conformitate cu reglementările în vigoare;

c) să verifice activitatea furnizorilor de servicii medicale, conform contractelor încheiate cu aceștia;

d) să raporteze Casei Naționale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale și farmaceutice, în baza contractelor încheiate de aceștia cu casele de asigurări de sănătate, și să respecte termenele de raportare stabilite de

Casa Națională de Asigurări de Sănătate; această obligație revine președintelui casei de asigurări de sănătate, în calitate de ordonator secundar de credite;

e) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice contravaloarea serviciilor contractate și prestate către asigurați, pe baza actelor necesare în acest scop, care se stabilesc prin norme;

f) să asigure un sistem permanent de informare a asiguraților asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, în vederea reducerii și evitării cauzelor de îmbolnăvire;

g) la contractarea serviciilor medicale să aibă în vedere cheltuielile pentru educația medicală continuă ce urmează să se efectueze de către furnizorii de servicii medicale;

h) să accepte un sistem informațional unitar și confidențial corespunzător asigurării cel puțin a unei evidențe primare privind diagnosticul și terapia aplicată;

i) să organizeze un sistem de asigurare pentru răspundere civilă a furnizorilor de servicii medicale;

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit Hotărârii Guvernului nr. 281/1993 cu privire la salarizarea personalului din unitățile bugetare;

k) să informeze furnizorii de servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice asupra condițiilor de contractare;

l) să furnizeze datele de identificare a persoanelor asigurate, la solicitarea Ministerului Sănătății, prin direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, numai pentru bolile cu declarare nominală obligatorie, conform ordinului ministrului sănătății.

Art. 4. — Asigurații au dreptul:

a) la servicii medicale, medicamente și materiale sanitare și la dispozitive medicale. Nu se decontează de către casele de asigurări de sănătate următoarele servicii:

— servicii de sănătate acordate în caz de risc profesional: boli profesionale sau accidente de muncă;

— servicii medicale de înaltă performanță, stabilite prin norme;

— unele servicii de asistență stomatologică;

— asistență medicală curativă la locul de muncă;

— servicii hoteliere cu grad înalt de confort, stabilite prin norme;

b) la îngrijire medicală, în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de Legea asigurărilor sociale de sănătate nr. 145/1997, cu modificările și completările ulterioare;

c) să își aleagă medicul, unitatea sanitară, precum și casa de asigurări de sănătate.

Art. 5. — (1) Pentru a beneficia de drepturile prevăzute de Legea nr. 145/1997, asigurații sunt obligați:

a) să se înscrie pe lista unui medic de familie acreditat potrivit legii;

b) să anunțe medicul de familie ori de câte ori apare o modificare în starea lor de sănătate;

c) să anunțe în termen de 5 zile medicul de familie și casa de asigurări de sănătate, atunci când apar modificări ale datelor de identitate sau modificări referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurat;

d) să se prezinte la controalele periodice stabilite prin norme;

e) să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului curant;

f) să aibă o conduită civilizată față de personalul medical.

(2) Medicul de familie poate elimina un asigurat de pe listă, dacă acesta nu respectă prevederile alin. (1) lit. d), e) și f). În caz de litigiu, nerespectarea prevederilor lit. d),

e) și f) este supusă analizei și deciziei unei comisii paritare constituite din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai Colegiului Județean al Medicilor.

Art. 6. — Gratuitățile privind asistența medicală și medicamentele pentru categoriile de persoane ale căror drepturi sunt prevăzute de Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, de Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, cu modificările ulterioare, de art. 2 din Legea nr. 42/1990 pentru cinstirea memoriei eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, republicată, cu modificările ulterioare, precum și unele dispozitive medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, prevăzute la art. 3 și 4 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 170/1999 privind acordarea, în mod gratuit, a asistenței medicale, medicamentelor și protezelor pentru unele categorii de persoane prevăzute în legi speciale se suportă din Fondul de asigurări sociale de sănătate.

Art. 7. — Persoanele care, potrivit Legii nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, aveau obligația să se asigure și care nu dovedesc calitatea de asigurat și plata contribuției la termenele stabilite de lege suportă integral contribuția datorată la asigurările de sănătate, inclusiv majorările de întârziere calculate începând cu data intrării în vigoare a acestei legi — măsură care va fi pusă în aplicare de casele de asigurări de sănătate.

Art. 8. — În cazul în care furnizorii de servicii medicale nu pot acorda asistență medicală tuturor asiguraților trimiși de medicul de familie sau de medicul de specialitate, se întocmesc liste de așteptare, în ordinea solicitărilor, cu excepția urgențelor.

Art. 9. — Litigiile apărute ca urmare a nerespectării sau aplicării necorespunzătoare a prevederilor legale privind asigurările sociale de sănătate se soluționează de Comisia Centrală de Arbitraj constituită conform art. 85 și 87 din Legea nr. 145/1997, cu modificările ulterioare, cu excepția cazurilor expres prevăzute de lege.

Art. 10. — Criteriile de repartizare și de utilizare a fondului de redistribuire vor fi stabilite prin norme elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu informarea Ministerului Sănătății și a Colegiului Medicilor din România.

## CAPITOLUL II

### Asistența medicală primară

Art. 11. — (1) Asistența medicală primară se acordă în cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, cu modificările și completările ulterioare, și în cabinete medicale care funcționează în structura unor unități sanitare cu personalitate juridică, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte numai cu cabinetele de asistență medicală primară organizate în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 12. — (1) Listele cuprinzând asigurații înscriși la fiecare medic de familie se depun la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al cabinetului medical din asistența medicală primară, pentru verificare și avizare. Pe lista medicului de familie se pot înscrie și asigurații pentru care s-a virat contribuția pentru asigurările sociale de sănătate la alte case de asigurări de sănătate decât cea cu care are contract medicul de familie. Până la verificarea și avizarea acestei liste plata se va efectua conform listei înaintate, urmând ca în termen de 3 luni să se facă regularizarea. Persoanele care nu sunt cuprinse pe lista medicului

de familie achită contravaloarea serviciilor medicale solicitate, cu excepția cazurilor prevăzute la alin. (3).

(2) Asistența medicală primară se acordă numai de medicul acreditat ca medic de familie, împreună cu personalul sanitar acreditat.

(3) În situații de urgență, precum și în cazul asigurării continuității medicului de familie acordă asistență medicală și altor asigurați care nu sunt înscrși pe lista proprie. Modalitatea de asigurare a continuității acordării asistenței medicale în cabinetul medical, precum și modalitatea de plată a serviciilor medicale acordate se stabilesc prin norme.

Art. 13. — Furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

a) să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților de pe lista proprie în limitele de calitate impuse de activitatea medicală. Serviciile medicale care se acordă de către medicul de familie și lista cuprinzând investigațiile paraclinice ce pot fi recomandate de către acesta sunt stabilite prin norme;

b) să respecte normele de raportare a bolilor și efectuarea vaccinărilor, conform prevederilor legale în vigoare;

c) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală, și dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe lista acestuia;

d) să actualizeze lista proprie cuprinzând asigurații înscrși ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate;

e) să își stabilească programul de activitate conform prevederilor cuprinse în norme și să îl aducă la cunoștință asiguraților, casei de asigurări de sănătate și direcției de sănătate publică;

f) să solicite asiguraților, la înscrierea pe lista proprie, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.

Art. 14. — Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii în asistența medicală primară sunt:

a) tarif pe persoană asigurată (*per capita*);

b) tarif pe serviciu medical.

Art. 15. — (1) Plata prin tarif pe persoană asigurată, potrivit art. 14 lit. a), se face în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul și de structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscrși pe listele proprii. Numărul de puncte în funcție de structura pe grupe de vârstă se stabilește prin norme.

(2) Numărul de puncte acordat pentru fiecare persoană înscrșă corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unui pachet de servicii medicale pe durata unui an. Pachetul de servicii medicale și condițiile în care se acordă se stabilesc prin norme.

(3) Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Ea va fi regularizată trimestrial, conform normelor. Elementele de calcul se aduc la cunoștință Colegiului Medicilor din România.

Art. 16. — (1) Plata prin tarif pe serviciu medical, potrivit art. 14 lit. b), se face pentru anumite servicii și activități. Lista cuprinzând aceste servicii și activități, precum și numărul de puncte acordat pentru acestea se stabilesc prin norme.

(2) Valoarea punctului este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Ea va fi regularizată trimestrial, conform normelor. Elementele de calcul se aduc la cunoștință Colegiului Medicilor din România.

Art. 17. — Din veniturile furnizorilor de servicii medicale, realizate conform art. 15 și 16, se pot suporta:

— cheltuielile efectuate pentru investiții, dotări și alte utilități necesare înființării și funcționării cabinetelor medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare;

— cheltuielile de personal pentru medicii de familie acreditați, angajați în calitate de salariați sau de colaboratori ai furnizorilor de servicii medicale;

— alte cheltuieli prevăzute de lege.

Art. 18. — Medicii nou-veniți într-o localitate, în cabinete medicale nou-infiintate sau în cabinetele deja existente, care stabilesc relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, beneficiază timp de maximum 3 luni, perioadă acordată pentru întocmirea listei cuprinzând asigurații, de un venit echivalent unui salariu brut și de un buget de practică medicală, în condițiile stabilite prin norme. Plata se efectuează în limita unei cote alocate din Fondul asigurărilor sociale de sănătate pentru asistența medicală primară.

Art. 19. — Pentru perioadele în care sunt absenți, medicii de familie organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.

Art. 20. — (1) Pentru acordarea serviciilor medicale contractate și pentru funcționarea cabinetelor medicale furnizorilor de servicii are dreptul la un buget de practică medicală.

(2) Din bugetul de practică medicală se suportă:

a) cheltuielile de personal pentru personalul angajat, alții decât medici, pe baza criteriilor stabilite prin norme;

b) cheltuielile de administrare și de funcționare a cabinetului medical;

c) cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență.

(3) Modul de calcul și condițiile acordării bugetului de practică medicală se stabilesc prin norme.

(4) În bugetul de practică medicală nu se includ veniturile realizate de medici.

Art. 21. — În contractele încheiate cu unitățile sanitare cu personalitate juridică ce au în structura lor cabinete de asistență medicală primară, inclusiv dispensarele medicale fără medic, se prevede în mod distinct suma aferentă acestora, cu respectarea prevederilor art. 11 alin. (2).

Art. 22. — Fondul pentru asistența medicală primară se determină prin aplicarea unei cote procentuale asupra cheltuielilor materiale și serviciilor cu caracter medical, aprobate în bugetul Fondului asigurărilor sociale de sănătate, care se stabilește prin norme.

### CAPITOLUL III

#### Asistența medicală de specialitate din ambulatoriul de specialitate

Art. 23. — Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se acordă de medicii de specialitate acreditați și de alt personal acreditat, în unități sanitare organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cu modificările și completările ulterioare, autorizate și/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale.

Art. 24. — (1) Asigurații au dreptul la asistență medicală de specialitate din ambulatoriu la indicația medicului de familie, cu respectarea liberei alegeri de către asigurat a medicului de specialitate acreditat, fără a fi necesar un alt aviz.

(2) Asigurații se pot prezenta direct la medicul de specialitate acreditat în toate cazurile care constituie urgențe, precum și în cazurile în care:

a) necesită tratament prespitalicesc, la recomandarea medicului de specialitate;

b) necesită tratament postcură, dacă acest lucru este menționat în biletul de externare;

c) necesită tratament și supraveghere medicală activă la nivel de medic de specialitate, pentru afecțiuni care se stabilesc prin norme.

Art. 25. — (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii din asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical.

(2) Tarifele serviciilor medicale decontate de casele de asigurări de sănătate în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu se stabilesc prin norme.