

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice

A decorative graphic consisting of several horizontal lines of varying lengths and colors (teal, light blue, and white) extending from the left edge of the slide towards the right, positioned below the main title.

In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:

- a) sa fie autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sa fie evaluati
- c) pentru anul 2019 sa depuna dovada inscrierii in procesul de acreditare,
- d) sa depuna, in vederea incheierii contractului, documentele in termenele stabilite pentru contractare.

Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice se asigura de:

- medici de specialitate, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal, precum si cu personalul autorizat sau atestat, dupa caz, pentru efectuarea serviciilor de sanatate conexe actului medical,
- pentru acupunctura, de catre medicii care au obtinut competenta/atestat de studii complementare de acupunctura, certificati de Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceasta activitate si incheie contract cu casele de asigurari de sanatate in baza competentei/atestatului de studii complementare;

- Pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, de către medicii care au obținut competența/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrează exclusiv în această activitate și încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare, și se acorda, după caz, prin:
 - a) cabinete medicale organizate conform Ordonanței Guvernului [nr. 124/1998](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
 - b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii societăților [nr. 31/1990](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare;
 - c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
 - d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești;
 - e) unități sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;
 - f) centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale - unități medicale cu personalitate juridică, autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
 - g) cabinete de îngrijiri paliative organizate conform dispozițiilor legale în vigoare.

- Furnizorii de servicii medicale de specialitate incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru medicii cu specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii.
- In situatia in care un medic are mai multe specialitati clinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, acesta isi poate desfasura activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, in conditiile in care cabinetul medical este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul incheiat.

- Cabinetele medicale de planificare familiala care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie, precum si cabinetele de planificare familiala, altele decat cele din structura spitalelor in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitatea obstetrica-ginecologie si medici care au obtinut competenta/atestat de studii complementare de planificare familiala, certificati de Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceste activitati, incheie contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii de planificare familiala.
- Cabinetele medicale de ingrijiri paliative in ambulatoriu in care isi desfasoara activitatea medici cu specialitati clinice, inclusiv cu specialitatea medicina de familie, cu competenta/atestat de ingrijiri paliative certificate de Ministerul Sanatatii, care lucreaza exclusiv in aceste activitati, incheie contract cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii de ingrijiri paliative in ambulatoriu.

- Numarul necesar de medici de specialitate si numarul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinica pe judete, pentru care se incheie contractul, se stabileste de catre comisia formata din reprezentanti ai caselor de asigurari de sanatate, ai colegiilor teritoriale ale medicilor si ai directiilor de sanatate publica, respectiv ai directiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele si institutiile centrale cu retea sanitara proprie, dupa caz, pe baza unor criterii care se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate aplicabil pe perioada de valabilitate a prezentului Contract-cadru. Criteriile aprobate in conditiile legii se publica pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si a caselor de asigurari de sanatate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sanatatii si a directiilor de sanatate publica.
- Pentru specialitatile clinice, prin norma se intelege un program de lucru de 7 ore in medie pe zi si, respectiv, de 35 de ore pe saptamana.
- Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore in medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitatile clinice se ajusteaza in mod corespunzator.

- Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sanatatii, altele decat medici, sa exercite profesii prevazute in Nomenclatorul de functii al Ministerului Sanatatii, care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical sau care sunt in relatie contractuala cu furnizori de servicii de sanatate conexe actului medical, pot raporta serviciile conexe efectuate de acestia prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicala serviciile respective.
- Serviciile publice de sanatate conexe actului medical, se contracteaza de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

Documentele necesare incheierii contractului de furnizare de servicii medicale

- a) dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului de lucru secundar, dupa caz, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului; dovada de evaluare nu se depune la contractare de furnizorii care au evaluare in termen de valabilitate la data contractarii. Dovada de evaluare se depune la contractare numai de furnizorii noi, de furnizorii care au evaluarea facuta de alta casa de asigurari de sanatate decat cea cu care furnizorul doreste sa intre in relatie contractuala sau valabilitatea acesteia este expirata;
 - b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la banca, potrivit legii;
 - c) codul de inregistrare fiscala - codul unic de inregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cartii de identitate, dupa caz;
 - d) dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, valabila la data incheierii contractului, cu obligatia furnizorului de a o reinnoi pe toata perioada derularii contractului, cu exceptia cabinetelor medicale individuale si societatilor cu raspundere limitata, cu un singur medic angajat;
 - e) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;

f) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

g) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical/sora medicala care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege, valabil la data incheierii contractului si reinnoit pe toata perioada derularii contractului, document care se elibereaza/avizeaza si pe baza dovezii de asigurare de raspundere civila in domeniul medical;

h) copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici;

i) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar, inclusiv personalul autorizat de Ministerul Sanatatii care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical, isi exercita profesia la furnizor;

j) programul de activitate al cabinetului si punctului de lucru/punctului secundar de lucru, dupa caz; programul de activitate al medicilor si al personalului medico-sanitar;

k) actul doveditor privind relatia contractuala dintre furnizorul de servicii medicale clinice si furnizorul de servicii de sanatate conexe actului medical, din care sa reiasa si calitatea de prestator de servicii in cabinetul de practica organizat conform Ordonantei de urgenta a Guvernului [nr. 83/2000](#), aprobata cu modificari prin Legea [nr. 598/2001](#), si, dupa caz, conform Legii [nr. 213/2004](#), cu modificarile ulterioare; pentru psihologi se va solicita si certificatul de inregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificarile ulterioare;

l) actele doveditoare care sa contina: datele de identitate ale persoanelor care presteaza servicii de sanatate conexe actului medical, avizul de libera practica sau atestatul de libera practica eliberat de Colegiul Psihologilor din Romania, dupa caz, programul de lucru si tipul serviciilor conform prevederilor din norme;

m) certificat de competenta - pentru medicii care incheie acte aditionale pentru servicii medicale paraclinice, dupa caz;

n) documentul prin care se atesta competenta de ingrijiri paliative.

Obligatiile si drepturile furnizorilor de servicii medicale

a) sa informeze asiguratii cu privire la:

1. programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, datele de contact ale acesteia care cuprind adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web - prin afisare intr-un loc vizibil;

2. pachetul de servicii minimal si de baza cu tarifele corespunzatoare calculate la valoarea minima garantata, respectiv cu tarifele corespunzatoare aferente serviciilor de acupunctura/serviciilor medicale-diagnostice - caz; informatiile privind pachetele de servicii medicale si tarifele corespunzatoare sunt afisate de furnizori in formatul stabilit de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si pus la dispozitia furnizorilor de casele de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

- sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata conform contractelor de furnizare de servicii medicale si sa transmita factura in format electronic la casele de asigurari de sanatate; sa raporteze in format electronic caselor de asigurari de sanatate, documentele justificative privind activitatile realizate in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;

- Sa asigure utilizarea:

1. formularelor cu regim special unice pe tara - bilet de trimitere catre alte specialitati sau in vederea internarii, bilet de trimitere pentru investigatii paraclinice si prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope - conform prevederilor legale in vigoare si sa le elibereze ca o consecinta a actului medical propriu, in concordanta cu diagnosticul si numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; sa completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare; sa asigure utilizarea formularelor electronice de la data la care acestea se implementeaza;
2. formularului de scrisoare medicala; medicul de specialitate din specialitatile clinice elibereaza scrisoare medicala pentru urgentele medico-chirurgicale si pentru bolile cu potential endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se considera necesara internarea;
3. prescriptiei medicale electronice pentru medicamente cu si fara contributie personala, pe care o elibereaza ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurari de sanatate; prescrierea medicamentelor cu si fara contributie personala de care beneficiaza asiguratii se face corespunzator denumirilor comune internationale aprobate prin hotarare a Guvernului, informand in prealabil asiguratul despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie; sa completeze prescriptia medicala cu toate datele pe care aceasta trebuie sa le cuprinda conform prevederilor legale in vigoare;

- sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde serviciile prevazute in pachetul minimal de servicii si pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;
- sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este prevazut in norme, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate; programul de lucru se poate modifica prin act aditional la contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- sa notifice casa de asigurari de sanatate, despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel tarziu in ziua in care modificarea produce efecte si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor; notificarea se face conform reglementarilor privind corespondenta dintre parti prevazute in contract;

- sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, incidente activitatii desfasurate de furnizorii de servicii medicale ce face obiectul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare
- sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale

- sa informeze medicul de familie, prin scrisoare medicala expediata direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul si tratamentele efectuate si recomandate;
- sa finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporara de munca, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru;
- scrisoarea medicala este un document tipizat, care se intocmeste in doua exemplare, dintre care un exemplar ramane la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului;
- scrisoarea medicala contine obligatoriu numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale si se utilizeaza numai de catre medici care desfasoara activitate in baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevazut in norme;

- sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;
- sa respecte prevederile Ordinului ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor masuri de eficientizare a activitatii la nivelul asistentei medicale ambulatorii in vederea cresterii calitatii actului medical in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, privind programarea persoanelor asigurate pentru serviciile medicale programabile;
- sa verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

- sa utilizeze prescriptia medicala electronica on-line si in situatii justificate prescriptia medicala electronica off-line pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare; asumarea prescriptiei electronice de catre medici prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa /calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere.
- sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

- Sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea.
- La stabilirea acestui termen nu se ia in calcul ziua acordarii serviciului medical si acesta se implineste in a treia zi lucratoare de la aceasta data.
- Serviciile medicale din pachetul de baza acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz,

- sa intocmeasca evidente distincte pentru cazurile care reprezinta accidente de munca si boli profesionale si sa le comunice lunar caselor de asigurari de sanatate cu care sunt in relatie contractuala; sa intocmeasca evidente distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situatiilor in care au fost aduse prejudicii sau daune sanatatii de catre alte persoane, precum si daune sanatatii proprii persoane, din culpa, si au obligatia sa le comunice lunar casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;
- incepand cu 1 iulie 2018 sa respecte avertizarile Sistemului informatic al prescriptiei electronice, precum si informatiile puse la dispozitie pe pagina web a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate referitoare la faptul ca medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate

- sa finalizeze actul medical efectuat prin eliberarea prescriptiei medicale pentru medicamente cu sau fara contributie personala, dupa caz, in situatia in care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligatii conduce la retinerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligatiei.

- In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale au urmatoarele drepturi:
 - a) sa primeasca la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate;
 - b) sa fie informati de catre casele de asigurari de sanatate cu privire la conditiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond si decontate de casele de asigurari de sanatate, precum si la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare in termen de maximum 5 zile lucratoare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate si/sau prin posta electronica;

- c) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate din Fond, conform prevederilor legale in vigoare;
- d) sa negocieze, in calitate de parte contractanta, clauzele suplimentare la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, conform si in limita prevederilor legale in vigoare;
- e) sa incaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; in aceste situatii, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescriptii medicale utilizate in sistemul de asigurari sociale de sanatate si decontate de casele de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite prin norme;
- f) sa primeasca, lunar si trimestrial cu ocazia regularizarii, din partea caselor de asigurari de sanatate motivarea, in format electronic, cu privire la erorile de raportare si refuzul decontarii anumitor servicii, cu respectarea confidentialitatii datelor personale, in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data refuzului;
- g) sa fie indrumati in vederea aplicarii corecte si unitare a prevederilor legale incidente contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

- Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate in a carei raza administrativ-teritoriala isi are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, dupa caz, inregistrat si autorizat furnizorul de servicii medicale sau cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti.
- Pentru unitatile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonantei Guvernului [nr. 124/1998](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, contractele/actele aditionale de furnizare de servicii medicale se incheie de catre reprezentantul legal al unitatii sanitare in structura careia se afla aceste unitati.

- Casele de asigurari de sanatate cu care furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile clinice, acupunctura si ingrijiri paliative in ambulatoriu au incheiat contracte de furnizare de servicii medicale deconteaza contravaloarea serviciilor acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul.

- Fiecare medic de specialitate din specialitatile clinice, care acorda servicii medicale de specialitate intr-o unitate sanitara din ambulatoriul de specialitate isi desfasoara activitatea in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, cu posibilitatea de a-si majora programul de activitate in conditiile prevazute de lege.
- Exceptie fac medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital aflat in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate, care pot desfasura activitate in afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, intr-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonantei Guvernului nr. 124/1998, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru un program ce nu poate depasi 17,5 ore/saptamana.
- In sensul prezentului contract-cadru, prin medicii de specialitate cu integrare clinica intr-un spital se intelege personalul didactic din invatamantul superior medical care are integrare clinica in sectiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unitatii sanitare cu paturi.

- Medicii de specialitate din specialitatile clinice pot desfasura activitate in cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului si in cabinetele organizate in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, in baza unui singur contract incheiat cu casa de asigurari de sanatate, in cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sanatate multifunctional, programul de lucru al medicilor si repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislatiei muncii, de medicul-sef al centrului de sanatate multifunctional, aprobate de managerul spitalului si afisate la loc vizibil.

- Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice, care au autorizatiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sanatatii si CMR, pot contracta cu casa de asigurari de sanatate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, incheind in acest sens un act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitatile clinice, in conditiile stabilite prin norme.

- Serviciile medicale în scop diagnostic-caz se contractează de casele de asigurări de sănătate numai cu furnizorii care încheie contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și care îndeplinesc suplimentar următoarele condiții de eligibilitate:
- a) au organizat, autorizat și evaluat atât ambulatoriul de specialitate clinic, cât și structura de spitalizare de zi în aceeași specialitate pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu; această condiție este obligatorie pentru toți furnizorii care contractează acest tip de servicii;
 - b) au încheiat contract cu laboratoarele de referință stabilite prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017, cu modificările și completările ulterioare, sau, după caz, au în structura proprie laborator de investigații medicale paraclinice, în condițiile prevăzute în norme;
 - c) furnizorul are în structura maternitate de gradul II sau III aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.881/2006 privind ierarhizarea unităților spitalicești, a secțiilor și compartimentelor de obstetrică-ginecologie și neonatologie, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme.

- Cabinetele medicale aflate in contract cu casele de asigurari de sanatate functioneaza cu minimum un asistent medical/sora medicala. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale poate fi o norma intreaga sau fractiune de norma.

Art. 30. - (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice, indiferent de forma de organizare, isi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel incat sa asigure accesul asiguratilor pe o durata de minimum 35 de ore pe saptamana si minimum 5 zile pe saptamana, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilita prin negociere cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia situatiilor in care pentru anumite specialitati exista localitati/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituita potrivit art. 22 alin. (4), pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe saptamana.

- In situatia in care necesarul de servicii medicale de o anumita specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale in cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe saptamana pentru fiecare medic. In situatia in care programul nu acopera volumul de servicii medicale necesare, se intocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.
- Cabinetele medicale de specialitate din specialitatile clinice, organizate in ambulatoriile integrate ale spitalelor si in centrele multifunctionale fara personalitate juridica din structura spitalelor, pot intra in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pentru un program de minimum 35 de ore/saptamana sau pentru un program sub 35 de ore/saptamana.
- Reprezentantul legal incheie un singur contract cu casa de asigurari de sanatate pentru cabinetele organizate in ambulatoriul integrat al spitalului si in centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, iar serviciile medicale sunt decontate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate.

Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate

- Modalitatea de plata a furnizorilor de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical exprimat in puncte si tariful pe serviciu medical - consultatie/caz, exprimat in lei.

- Decontarea serviciilor medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate se face prin:
plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru specialitatile clinice, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical, ajustat in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea, de gradul profesional al medicilor si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme.

Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si conditiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc in norme.

Criteriile de incadrare a cabinetelor medicale in functie de conditiile in care se desfasoara activitatea se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

Valoarea definitiva a punctului este unica pe tara, se calculeaza de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate prin regularizare trimestriala, conform normelor, pana la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru, si nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct stabilita in norme;

- plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de sanatate conexe actului medical, contractate si raportate de furnizorii de servicii medicale clinice, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si de valoarea unui punct, in conditiile prevazute in norme.
- Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii pentru specialitatile clinice. Numarul de puncte aferente fiecarui serviciu de sanatate conex actului medical si conditiile acordarii acestora sunt prevazute in norme;

- plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de planificare familiala, stabilita in functie de numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme. Numarul de puncte aferent fiecarui serviciu medical si conditiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc in norme;
- plata prin tarif pe serviciu medical - consultatie/caz, exprimat in lei, stabilit prin norme, pentru serviciile de acupunctura. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul aferent asistentei medicale de medicina fizica si de reabilitare;

- plata prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte, pentru serviciile de ingrijiri paliative in ambulatoriu, stabilita in functie de numarul de puncte corespunzatoare consultatiilor si de valoarea unui punct, stabilita in conditiile prevazute in norme. Numarul de puncte aferent consultatiei si conditiile de acordare se stabilesc in norme;
- plata prin tarif pe serviciu medical in scop diagnostic-caz, exprimat in lei, stabilit prin norme. Contravaloarea acestor servicii se suporta din fondul aferent asistentei medicale spitalicesti.

- Casele de asigurari de sanatate deconteaza serviciile medicale ambulatorii de specialitate pe baza biletelor de trimitere eliberate, in conditiile stabilite prin norme, de catre:
 - a) medicii de familie aflatii in relatie contractuala cu o casa de asigurari de sanatate; medicii de specialitate din unitatile ambulatorii
 - b) medicii din cabinetele medicale scolare/studentesti, numai pentru elevii/studentii cu domiciliul in alta localitate decat cea in care se afla unitatea de invatamant respectiva;
 - c) medicii din cabinetele medicale de unitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale;
 - d) medicii care acorda asistenta medicala din institutiile de asistenta sociala pentru persoane adulte cu handicap, aflate in coordonarea Autoritatii Nationale pentru Persoanele cu Dizabilitati, numai pentru persoanele institutionalizate si numai in conditiile in care acestea nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care acorda asistenta medicala din directiile generale de asistenta sociala si protectia copilului sau organisme private acreditate, numai pentru copiii pentru care a fost stabilita o masura de protectie speciala in conditiile legii si numai in conditiile in care acestia nu sunt inscrisi pe lista unui medic de familie;

f) medicii care acorda asistenta medicala din alte institutii de ocrotire sociala, numai pentru persoanele institutionalizate si numai in conditiile in care acestea nu sunt inscrise pe lista unui medic de familie;

g) medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice scolare si studentesti, numai pentru elevi, respectiv studenti; medicii dentisti si dentistii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;

h) medicii care isi desfasoara activitatea in dispensare TBC, in laboratoare de sanatate mintala, respectiv in centre de sanatate mintala si stationar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familiala, cabinete de medicina dentara care nu se afla in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, care se afla in structura spitalului ca unitati fara personalitate juridica.

- Fac exceptie urgentele si afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, prevazute in norme, serviciile de planificare familiala, precum si serviciile medicale in scop diagnostic-caz.
- Pentru afectiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile clinice, pentru serviciile de planificare familiala, precum si pentru serviciile medicale in scop diagnostic-caz medicii de specialitate au obligatia de a verifica calitatea de asigurat.

- Pentru toate situatiile prevazute anterior, casele de asigurari de sanatate incheie conventii cu medicii respectivi, in vederea recunoasterii biletelor de trimitere eliberate de catre acestia pentru serviciile medicale clinice.

- Trimiterea asiguratului de catre un medic de specialitate aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate catre un alt medic de specialitate din ambulatoriu aflat in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate se face pe baza biletului de trimitere, numai in situatia in care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care elibereaza biletul de trimitere respectiv.

- Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per serviciu, respectiv pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice la nivel national se scade suma corespunzatoare, inclusiv suma reprezentand regularizarea trimestrului IV al anului anterior; fondul aferent asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului per serviciu se defalca trimestrial.

- Casele de asigurari de sanatate au obligatia sa deconteze lunar, in termen de maximum 20 de zile calendaristice de la incheierea fiecarei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate in luna anterioara, potrivit contractelor incheiate intre furnizorii de servicii medicale ambulatorii si casele de asigurari de sanatate, pe baza documentelor prezentate de furnizori pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale.
- Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunara se face la valoarea minima garantata pentru un punct, unica pe tara si prevazuta in norme.
- Regularizarea trimestriala se face la valoarea definitiva pentru un punct per serviciu, pana la data de 30 a lunii urmatoare incheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori in luna urmatoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor, pana la termenul prevazut in contractul de furnizare de servicii medicale.
- Valoarea definitiva a unui punct nu poate fi mai mica decat valoarea minima garantata pentru un punct, prevazuta in norme.

- Raportarea eronata a unor servicii medicale clinice, a serviciilor de planificare familiala si a serviciilor de ingrijire paliativa in ambulatoriu se regularizeaza conform normelor. La regularizare se au in vedere si serviciile medicale omise la raportare in perioadele in care au fost realizate sau raportate eronat in plus.