

**ASISTENTA MEDICALA
AMBULATORIE DE
SPECIALITATE PENTRU
SPECIALITATILE
PARACLINICE**

- ◉ In vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii paraclinice trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii:
- ◉ a) sa fie autorizati conform prevederilor legale in vigoare;
- b) sa fie evaluati potrivit dispozitiilor art. 253 din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;
- c) pentru anul 2019 sa depuna dovada inscrierii in procesul de acreditare, potrivit art. 20 alin. (2) din Legea [nr. 185/2017](#);
- d) sa depuna, in vederea incheierii contractului, documentele prevazute la art. 73 alin. (1) in conditiile alin. (2) si (3) din acelasi articol in termenele stabilite pentru contractare.

- ◉ Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice se asigura de medici de specialitate, impreuna cu alt personal de specialitate medico-sanitar si alte categorii de personal si se acorda prin:
- ◉
 - a) laboratoare de investigatii medicale paraclinice organizate conform Ordonantei Guvernului [nr. 124/1998](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
 - b) unitati medico-sanitare cu personalitate juridica infiintate conform Legii societatilor [nr. 31/1990](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
 - c) unitati sanitare ambulatorii de specialitate apartinand ministerelor si institutiilor cu retea sanitara proprie, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare;
 - d) laboratoarele din centrele de sanatate multifunctionale, fara personalitate juridica, si laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din reseaua ministerelor si institutiilor centrale din domeniul apararii, ordinii publice, sigurantei nationale si autoritatii judecatoresti;
 - e) centre de diagnostic si tratament, centre medicale si centre de sanatate multifunctionale - unitati medicale cu personalitate juridica, autorizate si evaluate potrivit dispozitiilor legale in vigoare.

- ◉ Furnizorii de servicii medicale paraclinice incheie contracte cu casele de asigurari de sanatate pentru medicii pe care ii reprezinta, in baza specialitatii obtinute de catre acestia si confirmate prin ordin al ministrului sanatatii.
- ◉ In situatia in care un medic are mai multe specialitati paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sanatatii, acesta isi poate desfasura activitatea in baza contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate, putand acorda si raporta servicii medicale aferente specialitatilor respective, in conditiile in care furnizorul este inregistrat in registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialitati si autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzator.
- ◉ Casele de asigurari de sanatate incheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru/punctele secundare de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociatiune in participatiune ori investitionala cu o unitate sanitara cu paturi aflata in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate, contracte de furnizare de servicii - investigatii medicale paraclinice in ambulatoriu, utilizand sume din fondurile aferente asistentei medicale paraclinice.
- ◉ Pentru laboratoarele de investigatii medicale paraclinice organizate in cadrul centrelor de sanatate multifunctionale fara personalitate juridica, casele de asigurari de sanatate contracteaza si deconteaza serviciile medicale paraclinice in conditiile contractului-cadru si ale normelor, serviciile realizate conform contractului incheiat fiind decontate din fondul aferent asistentei medicale paraclinice.

- ◉ Pentru laboratoarele de investigatii medicale paraclinice organizate in cadrul spitalului care furnizeaza servicii medicale paraclinice in regim ambulatoriu, reprezentantul legal incheie un singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv pentru cel din centrul de sanatate multifunctional fara personalitate juridica, in conditiile prevazute in norme.
- ◉ Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator isi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, cu exceptia laboratoarelor de anatomie patologica/laboratoarelor de anatomie patologica organizate ca puncte de lucru din structura lor pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi.
- ◉ Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica medicala isi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistica medicala/laborator de radiologie-imagistica medicala organizat ca punct de lucru din structura sa.
- ◉ In situatia in care in structura unui laborator de analize medicale este organizat si avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie sa faca dovada ca in cadrul acestuia isi desfasoara activitatea medic/medici de anatomie patologica intr-o forma legala de exercitare a profesiei.

- Fiecare medic de specialitate din specialitatile paraclinice 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. Exceptie fac medicii de specialitate care desfasoara activitate in cadrul unui furnizor aflat in relatii contractuale atat cu casa de asigurari de sanatate judeteană, respectiv cu Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti, cat si cu Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, pana la data de 1 ianuarie 2019, precum si 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, astfel incat intreaga activitate desfasurata in relatie cu casa de asigurari de sanatate sa respecte legislatia muncii.
- 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 paraclinice pot desfasura activitate in laboratoarele de investigatii medicale paraclinice ale spitalului care furnizeaza servicii medicale paraclinice in regim ambulatoriu si in laboratoarele organizate in cadrul centrului de sanatate multifunctional fara personalitate juridica din structura aceluiasi spital, in baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice incheiat cu casa de asigurari de sanatate.
- ◉ Serviciile medicale din specialitatile paraclinice se acorda numai in baza biletului de trimitere, formular cu regim special, si conform programarilor pentru serviciile programabile.
- ◉ Pana la data de 1 iulie 2018, Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti este obligata sa incheie contracte cu cel putin un furnizor de servicii medicale paraclinice in localitatile/zonele in care aceasta are contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel incat sa se asigure accesul asiguratilor la servicii medicale paraclinice.

DOCUMENTELE NECESARE INCHEIERII CONTRACTULUI DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE

- ◉ Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate paraclinice prevazuti la art. 71 alin. (2) si casa de asigurari de sanatate se incheie de catre reprezentantul legal, pe baza urmatoarelor documente:
- ◉
 - a) dovada de evaluare a furnizorului, precum si a punctului/punctelor de lucru, 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;
 - e) cererea/solicitarea pentru intrare in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate;
 - f) documentele necesare pentru incadrarea acestora in criteriile de selectie conform conditiilor stabilite prin norme;
 - g) buletinul de verificare periodica pentru aparatura de radiologie si imagistica medicala, emis de Agentia Nationale a Medicamentelor si Dispozitivelor Medicale, denumita in continuare ANMDM, pentru aparatura din dotare, dupa caz;
 - h) avizul de utilizare, emis de ANMDM, pentru aparatura second-hand din dotare;
 - i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentii medicali 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;
 - j) certificatul de membru al Colegiului Farmacistilor din Romania, pentru farmacisti, 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;
 - k) copie a documentului care atesta gradul profesional pentru medici, biologi, chimisti, biochimisti;
 - l) copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar isi exercita profesia la furnizor;
 - m) programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru/punctului secundar de lucru, dupa caz, programul personalului medico-sanitar care isi desfasoara activitatea la furnizor;

- n) certificat 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;
 - o) certificat de acreditare in conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, insotit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;
 - p) certificat in conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/ 2008/SR EN ISO 9001/2015 sau alt standard adoptat in Romania, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie si imagistica medicala;
 - q) dovada participarii la schemele de testare a competentei pentru laboratoarele de analize medicale;
 - r) declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate, al carei model este prevazut in norme;
 - s) certificat de membru al Ordinului Biochimistilor, Biologilor, Chimistilor in Sistemul Sanitar din Romania, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist 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;
 - s) autorizatia sanitara de functionare separata pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;
 - t) autorizatia pentru activitatea de transport al probelor biologice recoltate in punctele externe de recoltare;
 - t) documentele privind detinerea mijloacelor de transport auto individualizate si care sunt utilizate numai pentru activitatea prevazuta la lit. t);
 - u) lista aparatelor utilizate de furnizor pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale incheiat cu casa de asigurari de sanatate.
- (2) Documentele necesare incheierii contractelor se transmit in format electronic asumate fiecare in parte prin semnatura electronica extinsa/calificata a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului raspunde de realitatea si exactitatea documentelor necesare incheierii contractelor.
- (3) Documentele solicitate in procesul de contractare sau in procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurari de sanatate nu vor mai fi transmise la incheierea contractelor, cu exceptia documentelor modificate sau cu perioada de valabilitate expirata, care se transmit in format electronic cu semnatura electronica extinsa/calificata.

OBLIGATIILE SI DREPTURILE FURNIZORILOR

- ◉ - In relatiile contractuale cu casele de asigurari de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice au urmatoarele obligatii:
 - 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 baza cu tarifele corespunzatoare; informatiile privind pachetul 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;
 - b) 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;
 - c) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului, sa acorde asiguratilor serviciile prevazute in pachetul de servicii de baza, fara nicio discriminare;

- d) 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;
- e) 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 intre parti prevazute in contract;
- f) 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;
- g) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune; sistemul de raportare in timp real se refera la raportarea activitatii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fara a mai fi necesara o raportare lunara, in vederea decontarii serviciilor medicale contractate si validate de catre casele de asigurari de sanatate; raportarea in timp real se face electronic in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate si stabilit prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, raportarea activitatii se realizeaza in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciului medical. 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;
- h) sa asigure acordarea de asistenta medicala necesara titularilor cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/ Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania; sa acorde asistenta medicala pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

- i) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;
- j) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevazute in pachetul de servicii decontate din Fond si pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare acordarii serviciilor medicale, pentru care nu este stabilita o reglementare in acest sens pentru serviciile prevazute in biletul de trimitere; sa nu incaseze sume pentru acte medicale si servicii/documente efectuate/eliberate in stransa legatura sau necesare investigatiei;
- k) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice medicului de familie care a facut recomandarea si la care este inscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a facut recomandarea investigatiilor medicale paraclinice, acesta avand obligatia de a transmite rezultatele investigatiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;
- l) 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. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;
- m) sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate pentru fiecare laborator/punct de lucru pentru care a incheiat contract cu casa de asigurari de sanatate;

- n) sa efectueze investigatiile medicale paraclinice numai in baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate; investigatiile efectuate fara bilet de trimitere nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate acorda servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere in aceleasi conditii ca persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, cu exceptia situatiei in care pacientii respectivi beneficiaza de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabila a institutiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana. Pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spatiul Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice in ambulatoriu.
- Pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de serviciile medicale acordate pe teritoriul Romaniei, furnizorii de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate solicita bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice in ambulatoriu.
- Pana la data de 1 iulie 2018, furnizorul efectueaza investigatiile medicale paraclinice numai in baza biletului de trimitere eliberat de medicul care se afla in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala si furnizorul de servicii medicale paraclinice. Incepand cu data de 1 iulie 2018, furnizorul efectueaza investigatii paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala medicul care l-a eliberat;

- o) sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;
- p) sa utilizeze numai reactivi care intra in categoria dispozitivelor medicale in vitro si au declaratii de conformitate CE emise de producatori si sa practice o evidenta de gestiune cantitativ-valorica lunara corecta si actualizata pentru reactivi in cazul furnizorilor de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
- q) sa asigure mentenanta si intretinerea aparatelor din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificatiilor tehnice, cu firme avizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca conform standardului SR EN ISO 15189;
- r) sa faca dovada indeplinirii criteriului de calitate ca parte componenta a criteriilor de selectie, in conditiile prevazute in norme, pe toata perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator; analizele medicale prevazute in pachetul de baza pentru care se solicita certificatul de acreditare se stabilesc prin norme;

- s) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative din care sa reiasa corelarea intre tipul si cantitatea de reactivi achizitionati si toate analizele efectuate pe perioada controlata, atat in relatie contractuala, cat si in afara relatiei contractuale cu casa de asigurari de sanatate. Documentele justificative puse la dispozitia organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fise de evidenta reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care sa reiasa tipul-denumirea, cantitatea, numar lot cu termen de valabilitate, data intrarii, data punerii in consum si ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative anterior mentionate se sanctioneaza conform legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați(te) conform facturilor și utilizați(te) în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

s) sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea medicina de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist in fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligatia ca pentru cel puțin o norma pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; sa asigure prezenta unui medic de radiologie si imagistica medicala in fiecare laborator de radiologie si imagistica medicala/punct de lucru din structura furnizorului, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru; sa asigure prezenta unui medic cu specialitatea anatomie patologica, pentru fiecare laborator de anatomie patologica/ laborator de anatomie patologica organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o norma/zi (6 ore);

- t) sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodica, emis de ANMDM, pentru aparatura din dotare, dupa caz. Aceasta prevedere reprezinta conditie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), in vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevazute in norme;
- t) sa consemneze in buletinele care cuprind rezultatele investigatiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate si intervalele biologice de referinta ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;
- u) sa stocheze in arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigatiilor medicale paraclinice de radiologie si imagistica medicala, in conformitate cu specificatiile tehnice ale aparatului si in conditiile prevazute in norme, pentru asigurarii carora leau furnizat aceste servicii;
- v) sa nu incheie contracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigatiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia furnizorilor de servicii de sanatate conexe actului medical, organizati conform Ordonantei de urgenta a Guvernului [nr. 83/2000](#), aprobata cu modificari prin Legea [nr. 598/2001](#);
- w) sa transmita lunar, odata cu raportarea, in vederea decontarii serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzand evidenta biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care insoteste factura;
- x) sa completeze/sa transmita datele pacientului in dosarul electronic de sanatate al acestuia;
- y) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in formatul electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate; nerespectarea transmiterii pe perioada derularii contractului la a treia constatare in cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia;
- z) sa verifice calitatea de asigurat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

- aa) 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, documentele prevazute la art. 223 alin. (1) si alin. (1¹) din Legea [nr. 95/2006](#), republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

ab) sa prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate inregistrari ale controlului intern de calitate, nivel normal si patologic, care sa dovedeasca efectuarea si validarea acestuia in conformitate cu cerintele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi in care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; in cazul in care furnizorul nu poate prezenta aceasta dovada, contractul se reziliaza de plin drept;

- ac) sa transmita in platforma informatica din asigurarile de sanatate serviciile medicale din pachetul de baza furnizate - altele decat cele transmise in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in conditiile lit. aa) in maximum 3 zile lucratoare de la data acordarii serviciilor medicale 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; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa/ calificata potrivit legislatiei nationale/europene in vigoare privind serviciile de incredere. In situatia nerespectarii acestei obligatii, serviciile medicale nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ad) 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.

- ◉ 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 conform normelor, in limita valorii de contract;
 - 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;
 - f) sa primeasca 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.