**HOTĂRÂRE Nr. 521**

**din 26 mai 2023**

**pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate\*)**

**Publicată în: Monitorul Oficial Nr. 466 bis din 26 mai 2023**

**Cap. VI**

**Servicii medicale în unităţi sanitare cu paturi**

Art. 84

………………………………………………………………………………………………………………………

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi cu unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, **numai dacă acestea asigură un program de minimum 5 zile pe săptămână şi asigură prezenţa a cel puţin un medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialităţi medicale şi/sau de minimum 7 ore/zi în specialităţi chirurgicale, după caz.**

..............................................................................................................................................................

Art. 87 –

………………………………………………………………………………………………………………..

(2) Fiecare medic de specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital **îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate,** cu excepţia zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri palliative (Erată G&G - paliative), situaţie în care un medic poate acorda servicii medicale spitaliceşti, în baza a maximum trei contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în unităţi sanitare distincte, în condiţii de siguranţă şi calitate a serviciilor medicale acordate, cu respectarea. prevederilor referitoare la timpul de muncă şi timpul de odihnă din Legea nr. 53/2003 - Codul muncii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

    (3) Stabilirea zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate, respectiv cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri palliative(Erată G&G - paliative), **se face de către o comisie formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică şi ai colegiilor teritoriale ale medicilor**, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condiţiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei participă, cu rol consultativ, şi un reprezentant al autorităţilor administraţiei publice locale.

**(4) Comisia prevăzută la alin. (3) se constituie prin act administrativ al directorului general al casei de asigurări de sănătate**, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (3) de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.

**Cap. XIII**

**Dispoziţii finale**

Art. 186……………………………………………………………………………………………..

(2**) Este interzisă** reţinerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale a **cardurilor naţionale de asigurări sociale de sănătate activate**.

    (3) În situaţia nerespectării prevederilor alin. (2) se anunţă organele abilitate potrivit legii.

    (4) **Este interzisă utilizarea semnăturii electronice** de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. În cazul nerespectării acestei prevederi, se vor anunţa organele abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun.

Art. 189

(2) Furnizorii de servicii medicale au obligaţia să respecte calitatea serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

……………………………………………………………………………………………………………………

(6) **Efectuarea de servicii medicale peste suma contractată** prevăzută în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, de către furnizorii la care este prevăzută valoare de contract, se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

    (7) Furnizorii de servicii medicale şi furnizorii de îngrijiri la domiciliu **au dreptul** să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 194 - Condiţiile acordării asistenţei medicale se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât şi celor privaţi.

…………………………………………………………………………………………………………………………

Art. 196 - (1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi casele de asigurări de sănătate prevăzute la art. 193 alin. (1) **sunt raporturi juridice civile** care vizează acţiuni multianuale şi se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract. În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate şi stipulate în acte adiţionale. Angajamentele legale din care rezultă obligaţii nu pot depăşi creditele de angajament şi creditele bugetare aprobate.

........................................................................................................................................................

**Art. 207 - (1) Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.**

................................................................................................................................................................

Art. 215 - Programul de lucru al personalului de specialitate medical, farmaceutic şi medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea sub incidenţa unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale sau medicamente în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, **nu poate fi mai mare de o normă şi jumătate, indiferent de forma legală în care îşi desfăşoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.**

**Cap. XIV**

**Dispoziţii pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - IX din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum şi pentru interpretarea, modificarea şi completarea unor acte normative, cu modificările şi completările ulterioare**

Art. 218 -  (1) Investigaţiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum şi **a pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, afecţiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii paraclinice, întocmite distinct şi eliberate de medicii de familie, precum şi de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate, care vor avea evidenţiat faptul că investigaţiile sunt recomandate pentru afecţiunile respective, potrivit****Anexei 2****la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi a Instrucţiunilor privind utilizarea şi modul de completare a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.**

    (2) Efectuarea investigaţiilor paraclinice prevăzute la alin. (1), se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, **în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora.**

    (3) Pentru investigaţiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice ţin evidenţe distincte.

    (4) Sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigaţiile paraclinice, prin acte adiţionale, cu contravaloarea investigaţiilor paraclinice prevăzute la alin. (1).

    **Art. 219 - Serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unităţile sanitare cu paturi, contractate potrivit prevederilor capitolului VI, se decontează la nivelul realizat, conform actelor adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, încheiate între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depăşit nivelul contractat, cu respectarea condiţiilor de raportare, validare şi decontare astfel cum sunt acestea reglementate la capitolul VI.**