

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1	
Titlul proiectului de act normativ	Hotărâre pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015
Secțiunea a 2-a Motivul emiterii actului normativ: În baza dispozițiilor art. 217 alin.(2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare, Contractul cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.	
1. Descrierea situației actuale	În prezent, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate în condițiile legii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare. Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații. Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au dreptul la un pachet de servicii minimal care cuprinde servicii medicale ce se acordă numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a leuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție. Pachetele de servicii (minimal și de bază) și Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 sunt aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 400/2014.
2. Schimbări preconizate	Modificările și completările propuse prin prezentul act normativ au ca determinante principale: 1. Întărirea disciplinei contractuale În acest sens, s-a prevăzut că la contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale vor depune o declarație pe proprie răspundere din care să rezulte că nu au încheiate/nu încheie contracte, convenții, înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care să aibă ca obiect prestări servicii de orice natură pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale pentru care se încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.

În situația în care se constată încălcarea acestei obligații contractul se reziliază de drept.

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

2. Îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu

În acest sens au fost aduse completări / modificări pachetelor de servicii

(minimal și de bază) acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,

respectiv:

▪ În pachetul minimal de servicii medicale:

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice au fost prevăzute consultații **pentru supravegherea evoluției sarcinii și leuziei - se acordă o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere**
- în asistența medicală spitalicească, în cadrul criteriilor pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi a fost introdus criteriul **epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare.**

▪ În pachetul de bază:

○ în asistența medicală primară:

- au fost introduse serviciile de administrare de medicamente la cabinet
- a fost majorat numărul maxim de consultații la domiciliu de la 21 la 42; acestea pot fi acordate și asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet,

- a fost introdusă spirometria în cadrul serviciilor adiționale de pot fi acordate de medicii de familie

○ în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

- au fost introduse serviciile de supraveghere a sarcinii și leuziei
- în cadrul Serviciilor medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, pentru copii 0-18 ani se pot acorda 2 consultații (*în prezent pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă o consultație*)
- pentru afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli

	cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități: se acordă maxim 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună. (<i>în prezent se acordă o consultație pe lună sau pe trimestru pe asigurat, după caz.</i>) - au fost introduse proceduri/tratamente noi (recoltare material biptic; tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză) - a fost modificată lista serviciilor de sănătate conexe actului medical prin introducerea de servicii noi și eliminarea redefinirea unor servicii (la specialitatea neurologie și neurologie pediatrică: s-a introdus psihoterapie pentru copii/adult; la specialitatea psihiatrie pediatrică: au fost introduse servicii furnizate de kinetoterapeut pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist: kinetoterapie individuală / kinetoterapie de grup / kinetoterapie pe aparate speciale) - o în asistența de medicină dentară - serie de servicii ce erau prevăzute a se acorda numai copiilor până la 18 ani se vor acorda tuturor asiguraților, indiferent de vârstă, - o în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice - a fost modificată lista serviciilor de investigații paraclinice prin introducerea de servicii noi (examen radiologic articulații sacro-iliace / ecografie transrectala / CT buco-maxilo-facial nativ / CT mastoidă / CT sinusuri / CT hipofiză cu substanță de contrast / CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast / RMN sinusuri / RMN hipofiză cu substanță de contrast / RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN / Colangio RMN); redefinirea examinărilor histopatologice și citologice; eliminarea din pachet a analizelor de laborator <i>transferina și bicarbonatul seric (bicarbonatul seric nu se recomandă a se efectua în ambulatoriu)</i>; / înlocuirea unor investigații radiologice specifice coloanei vertebrale, respectiv: ex. radiologic părți coloană dorsală, ex. radiologic părți coloană lombară, ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală, ex. radiologic coloana cervicală, cu investigația paraclinică "Examen radiologic coloană vertebrală /segment". - o în asistența medicală spitalicească - au fost revizuite reglementările privind situațiile în care nu se solicită bilet de internare, în sensul structurării acestora în situații specifice spitalizării continue și situații specifice spitalizării de zi, precum și completarea situațiilor care permit prezentarea fără bilet de trimitere (pentru optimizarea accesului asiguraților la servicii medicale spitalicești) – ex: în spitalizare continuă: pentru bolnavii care necesită asistență
--	--

	medicală spitalicească de lungă durată – ani; în spitalizare de zi: monitorizare a bolnavilor oncologici; evaluare dinamică a răspunsului viro - imunologic o îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu - a fost revizuit pachetul de servicii de bază prin introducerea unui nou serviciu (kinetoterapie individuală),comasarea unor servicii, excluderea unor servicii (supravegherea și îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei controlate de pacient/recoltarea produselor biologice) și revizuirea condițiilor în care pot fi acordate unele servicii; o dispozitive medicale - a fost revizuit pachetul de servicii de bază prin: ✓ introducerea unor noi dispozitive: (la „proteza de coapsă” a fost introdusă <i>proteza modulară cu manșon de silicon</i> care se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior; în categoria dispozitivelor pentru terapia cu aerosoli a fost introdus <i>nebulizatorul cu compresor</i> care se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani; a fost introdusă o nouă categorie de dispozitive – „Dispozitive pentru administrarea chimioterapiei” în această categorie regăsindu-se dispozitivul pentru acces venos central - cameră implantabilă cu cateter pentru administrarea chimioterapiei pe termen mediu și lung) ✓ excluderea unor dispozitive medicale: de la ortezele de genunchi – gleznă - picior au fost eliminate <i>gambier cu scurtare</i> și <i>orteza Kramer Peroneal Spring</i> (<i>orteză peronieră</i>), având în vedere că nu mai este recomandată utilizarea acestora; de la ortezelor corectoare de statică a piciorului a fost eliminată <i>orteza hallux-valgus</i>, având în vedere că nu mai este recomandată utilizarea acesteia; excluderea <i>dispozitivelor pentru administrarea medicației și alimentației artificiale</i> (furnizorii de dispozitive medicale ce au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate nu au oferit acest tip de dispozitive); - revizuirea condițiilor în care pot fi acordate unele dispozitive medicale din pachetul de bază: ✓ în cazul dispozitivelor pentru incontinență urinară, pentru sacul colector de urină s-a precizat că pentru asigurării cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină ✓ pentru Inhalatorul salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen s-a precizat că se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă și astm bronșic o medicamente: - pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat
--	--

	medicamente cu și fără contribuție personală din sublista C <u>secțiunea C1</u> - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maxim două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente, cu excepția triplei terapii pentru hepatitele cronice virale și cirozele hepatice unde numărul maxim de medicamente este 4; - pentru DCI-urile incluse necondiționat în Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) se includ denumirile comerciale menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și cale de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică aferent denumirilor comerciale menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale.. - pentru DCI-urile incluse condiționat în Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) se includ denumirile comerciale prevăzute în contractele cost-volum/cost-volum rezultat, încheiate între deținătorii de autorizații de punere pe piață/reprezentanții legali ai acestora și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și după caz și Ministerul Sănătății. 3. Protecția asiguraților față de costurile serviciilor medicale Pe toate segmentele de asistență medicală, a fost introdusă obligația furnizorilor de a nu încasa sume pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens; 4. Îmbunătățirea utilizării fondurilor aprobate cu destinația servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție în tratamentul ambulatoriu și dispozitive medicale ▪ Pentru toate categoriile de furnizori, obligația de a solicita cardul național de asigurări sociale de sănătate începând cu data implementării acestui document a fost completată în sensul că se va solicita adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006
--	---

	pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, documente pe care le vor utiliza în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale / medicamente /dispozitivele medicale din pachetul de bază, acordate / eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; Totodată, s-a prevăzut că furnizorii utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off - line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. Serviciile medicale/medicamentele/dispozitivele medicale acordate /eliberate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off - line se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale/medicamentele/dispozitivele medicale din pachetul de bază acordate/eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate. ▪ În asistența medicală primară: Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2015 are următoarea structură: a) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme; b) 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a). [în prezent 50% pentru per capita și 50% pentru plata pe serviciu] ▪ Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală, au obligația să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel: a) pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, se încasează coplată / zi ; b) nivelul minim al coplății este de 5 lei/zi, iar nivelul maxim este de 10 lei / zi. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii. Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la <u>art. 213¹</u> din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri.
--	--

	▪ Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice ○ a fost introdusă contribuție personală din partea asiguratului, cu excepția copiilor 0 - 18 ani și a persoanelor beneficiare ale legilor speciale prevăzute de Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru serviciile de înaltă performanță și medicină nucleară: RMN, CT, angiografie și scintigrafie din pachetul de bază, în condițiile stabilite prin norme. Furnizorii pot să încaseze sume reprezentând contribuția personală a asiguratului în limita unui nivel maxim. Nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate. ○ pentru unele servicii medicale paraclinice din pachetul de bază tarifele care se contractează și decontează de casele de asigurări de sănătate vor fi negociate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice. ▪ Asistența medicală spitalicească În cazul spitalizării continue, respectiv spitalizării de zi, validarea cazurilor rezolvate, respectiv a cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi, în vederea decontării, se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București. ▪ Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat Pentru a putea intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a fost introdusă o nouă condiție, respectiv să implementeze sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului act normativ. În cazul în care nu este îndeplinită această condiție în termenul menționat anterior, se reziliază contractul. ▪ Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu ○ Farmaciile au obligația să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative, cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidenciate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; Refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare
--	---

	achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective. ○ Pentru medicamentelor corespunzătoare DCI – urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte. ▪ Dispozitive medicale Furnizorii de dispozitive medicale, au obligația să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen. 5. Creșterea calității actului medical; stimularea concurenței și dezvoltarea unui mediu concurențial care să încurajeze performanța ▪ Medicii de familie pot încheia contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate indiferent de numărul persoanelor înscrise pe listele proprii și nu mai este prevăzută stabilirea unui număr necesar de medici de familie care să intre în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. <i>[În prezent limita minimă este de 800 persoane înscrise în mediul urban, iar în mediul rural se stabilește pe unități administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie; Comisia stabilea și numărul necesar de medici de familie ce puteau intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate]</i> Ca și rezultat al acestei noi reglementări: - au fost eliminate prevederile referitoare la numărul optim de 1.800 de persoane înscrise pe lista unui medic de familie; - au fost eliminate reglementările privind comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie - care aveau atribuții în stabilirea numărului necesar de medici și a numărului de persoane înscrise (în mediul rural) pentru care se încheia contract cu casa de asigurări de sănătate; - medicul de familie nou-venit într-o localitate care încheie convenție de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de 3 luni (perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei), la sfârșitul celor 3 luni încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului; - urmare a desființării comisiei mai sus menționate, stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de către reprezentanții casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică; ▪ Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice Nu mai este prevăzută stabilirea unui număr necesar de medici de
--	--

specialitate din specialitățile clinice care pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Ca și rezultat al acestei noi reglementări:

- au fost eliminate reglementările privind comisia care stabilea necesarul de medici, precum și atribuțiile acesteia.

▪ **Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice**

○ Numărul necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ și repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilesc de către reprezentanții ai casei de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică **funcție de condițiile specifice de la nivel local, pe care le fac publice-pe pagina web a casei de asigurari de sanatate si a directiei de sanatate publica**

○ În categoria documentelor pe baza cărora se încheie contractele de furnizare de servicii medicale paraclinice au fost introduse noi documente, respectiv:

- autorizație sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator
- autorizația pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare
- documentele privind deținerea mijloacelor de transport auto individualizate și care sunt utilizate numai pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare

6. Reducerea birocrăției

▪ Documentele necesare încheierii contractelor **se transmit și în format electronic** asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

motivație: pregătirea pentru o etapă ulterioară în care, în cadrul procesului de contractare, documentele necesare încheierii contractelor se vor transmite de către furnizori caselor de asigurări de sănătate numai în format electronic, în vederea reducerii birocrăției

▪ Prescripțiile medicale on-line se pastrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia.

▪ Pentru furnizorii de servicii medicale / medicamente aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a fost introdusă obligația de a asigura utilizarea formularului **electronic** de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data de la care acesta se implementează

7. Pentru respectarea reglementărilor privind regimul de utilizare a cardului național de asigurări sociale de sănătate ca document cu

	caracter personal, s-a prevăzut că este interzisă reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a cardurilor naționale de asigurări sociale de sănătate activate. În situația în care, există sesizări referitoare la încălcarea obligației menționată anterior, se anunță organele abilitate.	
3. Alte informații		
Secțiunea a 3-a		
Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ		
1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul	
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat	Nu este cazul	
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Nu este cazul	
3. Impactul social	Pe termen lung se așteaptă îmbunătățirea indicatorilor stării de sănătate la nivel național, dar și micșorarea diferențelor în starea de sănătate, comparativ cu media Uniunii Europene și creșterea accesului la servicii de sănătate și adresabilității acestora.	
4. Impactul asupra mediului	Nu este cazul	
5. Alte informații	Nu este cazul	
Secțiunea a 4-a		
Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung.		
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul	
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul	
3. Impact financiar, plus/minus	Nu este cazul	
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul.	
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare.	Nu este cazul.	
6. Calcule detaliate privind	Nu este cazul.	

fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare.		
7. Alte informații.	Nu este cazul	
Secțiunea a 5-a		
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare.		
1. <i>Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:</i>		
a) <i>acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;</i>	Modificarea H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015	
b) <i>acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții</i>	Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015	
2. <i>Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie.</i>	Nu este cazul.	
3. <i>Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare</i>	Nu este cazul.	
4. <i>Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene</i>	Nu este cazul.	
5. <i>Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.</i>	Nu este cazul.	
6. Alte informații	Nu este cazul.	
Secțiunea a 6-a		
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ		
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Negocieri în procesul de elaborare a proiectului de hotărâre de modificare și completare a <i>Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru</i>	

	anii 2014 – 2015, cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Biochimistilor, Biologilor și Chimistilor în Sistemul Sanitar din România și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România. Consultări în procesul de elaborare a proiectului de hotărâre de modificare și completare a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.	
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	În conformitate cu prevederile art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.	
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative.	Nu este cazul.	
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul.	
5. Informații privind avizarea de către:	Se supune avizului Consiliului Legislativ.	
a) Consiliul Legislativ		
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	Nu este cazul.	
c) Consiliul Economic și Social	Nu este cazul.	
d) Consiliul Concurenței	Nu este cazul.	
e) Curtea de Conturi	Nu este cazul.	
6. Alte informații	Nu este cazul.	
Secțiunea a 7-a		

Activități de informare publică privind elaborarea si implementarea proiectului de act normativ		
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ.	Prezentul act normativ a respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică fiind afișat atât pe site-ul Ministerului Sănătății cât și pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate	
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum si efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice.	Nu este cazul	
3. Alte informații	Nu este cazul.	
Secțiunea a 8-a		
Măsuri de implementare		
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente.		
2. Alte informații	Nu este cazul.	

În acest sens, a fost întocmit proiectul de *Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015* pe care îl supunem spre aprobare.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
Nicolae BĂNICIOIU

Avizăm favorabil:

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Vasile CIURCHEA

Ministrul finanțelor publice

Darius - Bogdan VÂLCOV

Ministrul justiției

Robert - Marius CAZANCIUC

GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

**pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014
pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care
reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de
asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015**

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I – Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 366 din 19 mai 2014, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 10, alineatele (1) și (2) se completează și vor avea următorul cuprins:

“(1) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate comunică termenele de depunere/transmitere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de expirarea termenelor stabilite pentru fiecare dintre situațiile de mai sus.

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

notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

2. La articolul 11, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

3. La articolul 18, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.”

4. La articolul 18, după alineatul (2) se introduc trei alineate noi, alin. (3), (4) și (5) cu următorul cuprins:

“(3) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale vor depune o declarație pe proprie răspundere din care să rezulte că nu au încheiate/nu încheie contracte, convenții, înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care să aibă ca obiect prestări servicii de orice natură pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale pentru care se încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate.

(4) În situația în care, urmare a unor sesizări se constată încălcarea prevederilor de la alin. (3), contractul se reziliază de drept.

(5) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condițiile prevăzute la alin. (4), casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal.”

5. În Anexa 1, la Capitolul I, litera A, punctul 1, subpct. 1.5. de la primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

“1.5. servicii de prevenție;”

6. În Anexa 1, la Capitolul I, litera A, punctul 1, subpct. 1.1.1. se modifică și va avea următorul cuprins:

“1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, indiferent dacă persoana neasigurată se află sau nu înscrisă pe lista unui medic de familie.”

7. În Anexa 1, la capitolul I, litera A, punctul 1, subpct. 1.5. și 1.6. se modifică și va avea următorul

cuprins:

“1.5. Serviciile de prevenție – consultație preventivă;

Condițiile acordării acestora de către medicul de familie se detaliază în norme.”

1.6. Activitățile de suport – examinare pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, în condițiile stabilite prin norme;”

8. În Anexa 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.3. de la primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

“1.3. consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și lehozului;”

9. În Anexa 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.4. de la primul paragraf se abrogă.

10. În Anexa 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.3. se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și lehozului, o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.”

11. În Anexa 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.4. se abrogă.

12. În Anexa 1, la Capitolul I, litera C, punctul 1, se modifică și va avea următorul cuprins:

“1. Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.”

13. În Anexa 1, la Capitolul I, litera C, punctul 1, subpct. 1.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:

a) urgență medico-chirurgicală;

b) epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare;”

14. În Anexa 1, la Capitolul I, în tabelul de la litera E, codurile 6 și 7 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

Cod	Acte terapeutice
6.	Tratamentul paradontitelor apicale cu anestezie
7.	Tratamentul afecțiunilor parodontiului cu anestezie

”

15. În Anexa 1, la Capitolul I, punctele 1 și 2 sub tabelul de la litera E se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la cod 22.

2. Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la cod 4.”

16. În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, după subpct. 1.5. de la primul paragraf se introduce un nou subpct., subpct. 1.6. cu următorul cuprins:

”1.6. servicii de administrare de medicamente”

17. În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, preambulul de la subpct. 1.1.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice, se vor realiza pe bază de programare pentru: (...)”

18. În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:

”1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.”

19. În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.1.4.1. se modifică și va avea următorul cuprins:

”1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) evaluarea inițială a cazului nou-depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include 3 consultații la medicul de familie - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului - recomandare pentru investigații paraclinice și bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultații programate, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament.”

20. În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.2.5.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) și b) și se acordă maxim două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.”

21. **În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.3 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase și lehzurilor.

Sunt considerate consultații la domiciliu inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.”

22. **În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.3.2. se modifică și va avea următorul cuprins:**

”1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise, dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.”

23. **În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.4.1, după litera b) se introduce o literă nouă, litera c) cu următorul cuprins:**

”c) spirometrie”

24. **În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.5 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.5 Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare, precum și eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului.”

25. **În Anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, după subpct. 1.5.1 se introduce un nou subpct., subpct. 1.6. cu următorul cuprins:**

”1.6. Serviciile de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru al cabinetului.”

26. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, după subpct. 1.7. de la primul paragraf se introduce un nou subpct., subpct. 1.8 cu următorul cuprins:

”1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și lehoziei”

27. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.1.1. se completează și va avea următorul cuprins:

”1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0-18 ani pentru care se acordă maxim 2 consultații.”

28. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, după a 8-a liniuță de la subpct. 1.2. se introduce o liniuță nouă cu următorul cuprins:

”- bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, după caz;”

29. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.2.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

”1.2.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite prin norme, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.”

30. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.3.1., 1.3.2 și 1.3.3. se modifică și vor avea următorul cuprins:

”1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se acordă pe un bilet de trimitere maxim 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

1.3.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite prin norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia și a patra consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.”

31. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.3.4.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.3.4.2. Pentru situațiile de la 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere."

32. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera A din tabelul de la subpct. 1.6.2, după poziția 19 se introduce o poziție nouă, poz. 20 cu următorul cuprins:

"

20	Recoltare material bioptic
----	----------------------------

"

33. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera B din tabelul de la subpct. 1.6.2, pozițiile 5 și 9 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"

5	audiogramă*) *) include audiometrie tonală liminară și/sau vocală
---	--

(...)

9	tensiune arterială continuă (holter TA)
---	--

"

34. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera C din tabelul de la subpct. 1.6.2, poziția 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"

1	examen electroneuromiografic cu ac
---	------------------------------------

"

35. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera D din tabelul de la subpct. 1.6.2, după poziția 33 se introduce o poziție nouă, poz. 34 cu următorul cuprins:

"

34	tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză
----	---

"

36. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera E din tabelul de la subpct. 1.6.2, poziția 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

"

9	terapia chirurgicală complexă a panarițiului osos, articular, tenosinval
---	--

"

37. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7, a 5-a liniuță se modifică și va avea următorul cuprins:

"- ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;"

38. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera a), după subpct. a1.2) se introduce un nou subpct., subpct. a1.3) cu următorul cuprins:

"a1.3) psihoterapie pentru copii/adult"

39. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera a), subpct. a2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped:

- consiliere/intervenție de psihopedagogie specială – logoped"

40. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera b), sublit. b1.1 și b1.2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"b1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic

b1.2) consiliere psihologică clinică"

41. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera b), întreg subpct. b2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:

b2.1) consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;

b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință)."

42. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera c), subpct. c1.3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"c1.3.) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist;"

43. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera c), întreg subpct. c3) se modifică și va avea următorul cuprins:

"c3) Servicii furnizate de kinetoterapeut (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist:

c3.1.) kinetoterapie individuală

c3.2.) kinetoterapie de grup

c3.3.) kinetoterapie pe aparate speciale:

- dispozitive mecanice

- dispozitive electromecanice

- dispozitive robotizate"

44. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., preambulul de la litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

"e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică: (...)"

45. În Anexa 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.8 și 1.8.1. se modifică și vor avea următorul cuprins:

”1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și lehuziei - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.8.1. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.”

46. În Anexa 1, la Capitolul II, litera C, punctul 1, subpct. 1.3.1. și 1.3.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”1.3.1. Perioada pentru care se acordă procedurile specifice de reabilitare medicală este de maximum 21 de zile/an/asigurat atât la copii, cât și la adulți, cu excepția copiilor 0 – 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de reabilitare medicală pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază, la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală.

(...)

1.3.3. Seria de proceduri specifice de reabilitare medicală stabilită de medicul de specialitate, reabilitare medicală include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează maxim 4 proceduri/zi, din care două proceduri specifice de reabilitare medicală cu factori terapeutici naturali.”

47. În Anexa 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera D, codurile 1, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16 și 17, se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

Cod	Acte terapeutice
1. *)	Consultație - include modelul de studiu, după caz, controlul oncologic și igienizarea.
	*) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat.

(...)

3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie
----	---

(...)

6.	Tratamentul paradontitelor apicale (prin incizie) cu anestezie
----	--

(...)

7.	Tratamentul afecțiunilor parodonțiului cu anestezie
----	---

(...)

8.	Extracția dinților temporari cu anestezie
----	---

(...)

9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie
----	--

(...)

13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă
---------	---

***) Se acordă o dată la 5 ani.

(...)

15.	Element acrilic
-----	-----------------

(...)

16.	Element metalo-acrilic
-----	------------------------

(...)

17.	Reconstituire coroană radiculară
-----	----------------------------------

48. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, pozițiile 13 și 37 se abrogă.

49. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, pozițiile 77, 78 și 91 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

77	2.50120_1	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
78	2.5100	Examen coproparazitologic

(...)

91	2.50120_2	Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
----	-----------	---

”

50. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, la secțiunea ”Examinări histopatologice și citologice”, pozițiile 94 - 103 se abrogă.

51. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, la secțiunea ”Examinări histopatologice și citologice”, se introduc 8 poziții noi, poz. 104 - 111 cu următorul cuprins:

”

104	2.9021_1	Examen histopatologic procedura completa HE (1-3 blocuri)
105	2.9021_2	Examen histopatologic procedura completa HE (4-6 blocuri)
106	2.9010_1	Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii speciale (1-3 blocuri)
107	2.9010_2	Examen histopatologic procedura completa HE* si coloratii speciale (4-6 blocuri)
108	2.9030	Teste imunohistochimice
109	2.9022	Citodiagnostic sputa prin incluzii la parafina (1-3 blocuri)
110	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babes-Papanicolau
111	2.9025	Citodiagnostic lichid de punctie

”

52. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, pozițiile 4, 31 și 69 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

4	Radiografie de membre: a) Braț b) Cot c) Antebraț d) Pumn e) Mână f) Șold g) Coapsă h) Genunchi i) Gambă j) Gleză k) Picior l) Calcaneu
---	---

(...)

31	Ecografie transvaginală/transrectală
----	--------------------------------------

(...)

69	RMN gât nativ
----	---------------

”

53. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 4 se introduce o poziție nouă, poz. 4¹ cu următorul cuprins:

”

4 ¹	Examen radiologic articulației sacro-iliace
----------------	---

”

54. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 5 se introduce o poziție nouă, poz. 5¹ cu următorul cuprins:

”

5 ¹	Examen radiologic coloană vertebrală /segment
----------------	---

”

55. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, pozițiile 6, 7, 8 și 9 se abrogă.

56. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 44 se introduce o poziție nouă, poz. 44¹ cu următorul cuprins:

”

44 ¹	CT buco-maxilo-facial nativ
-----------------	-----------------------------

”

57. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 50 se introduc două poziții noi, poz. 50¹ și 50² cu următorul cuprins:

”

50 ¹	CT mastoidă
50 ²	CT sinusuri

”

58. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 51 se introduc două poziții noi, poz. 51¹, 51² cu următorul cuprins:

”

51 ¹	CT hipofiză cu substanță de contrast
52 ²	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast

”

59. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 67 se introduce o poziție nouă, poz. 67¹ cu următorul cuprins:

”

67 ¹	RMN sinusuri
-----------------	--------------

”

60. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 84 se introduce o poziție nouă, poz. 84¹ cu următorul cuprins:

”

84 ¹	RMN hipofiză cu substanță de contrast
-----------------	---------------------------------------

”

61. În Anexa 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după poziția 89 se introduc două poziții noi, poz. 89¹, 89² cu următorul cuprins:

”

89 ¹	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN
89 ²	Colangio RMN

”

62. În Anexa 1, la Capitolul II, litera F, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

”1. Serviciile spitalicești sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare, de reabilitare medicală, paliative și cuprind: consultații medicale de specialitate, investigații, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă, după caz, funcție de tipul de spitalizare.”

63. În Anexa 1, la Capitolul II, litera F, punctul 3, literele c) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;

d) bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată – ani”

64. În Anexa 1, la Capitolul II, litera F, punctul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

”12. Nu se solicită bilet de internare în următoarele situații:

a) pentru spitalizare continuă:

- naștere
- urgențe medico-chirurgicale
- boli cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament
- bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital
- pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată –

ani

- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate
 - transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire
 - transferul interspitalicesc
 - pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și de servicii medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României
- b) pentru spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de:
- urgență medico-chirurgicală
 - chimioterapie

- radioterapie
- administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
 - monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA
 - evaluare dinamică a răspunsului viro - imunologic
 - monitorizare și tratament a bolnavilor cu talasemie
 - monitorizare a bolnavilor oncologici
 - administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei
 - monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor
- rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate
 - pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și de servicii medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României”

65. În Anexa 1, la Capitolul II, litera G, punctul 2, supct. 2.6. se modifică și va avea următorul cuprins:

”2.6 Transportul asiguraților nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de reabilitare medicală și recuperare.”

66. În Anexa 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, pozițiile 4, 8, 13, 18, 21 și 33 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală***)
	***) la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri medicale paliative

(...)

8.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție, inclusiv instruirea asiguratului/apartinătorului
----	--

(...)

13.	Îngrijirea plăgilor simple și/sau suprainfectate / suprimarea firelor
(...)	
18.	Îngrijirea tubului de dren și instruirea asiguratului
(...)	
21.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)
	***) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minimum două mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.
(...)	
33.	Ventilație noninvazivă ****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii Somnologie (nivel I și II) și în Ventilație non-invazivă (nivel III) sau a medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă, medicului specialist de medicină de urgență, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

”

67. În Anexa 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, pozițiile 6, 14, 22 și 28 se abrogă.

68. În Anexa 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, după poziția 34 se introduce o poziție nouă, poz. 35 cu următorul cuprins:

”

35	Kinetoterapie individuală
----	---------------------------

”

69. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 3, pozițiile 2 și 5 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

2	Sac colector de urină***)		1 set*)/lună (6 bucăți)
---	---------------------------	--	----------------------------

(...)

5	Banda pentru incontinență urinară****)		
---	--	--	--

”

70. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., sub tabelul de la punctul 3, după nota de la ”***” se introduc două teze noi cu următorul cuprins:

****) Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.

****) Se acordă o singură dată în viață”

71. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 4, la poziția 5, după litera f) se introduce o literă nouă, lit. g) cu următorul cuprins:

„

		g) modulară cu manșon de silicon	4 ani
--	--	----------------------------------	-------

”

72. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., sub tabelul de la punctul 4, după nota de la pct. 4.3 se introduce un nou punct, pct. 4.4. cu următorul cuprins:

”4.4 Proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, în condițiile stabilite prin norme.”

73. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 6.3, la poziția 4, literele a) și b) se abrogă.

74. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 6.3, la poziția 9, litera d) se abrogă.

75. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., punctul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

”10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

Nr crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen*)		2 luni
2.	Nebulizator **)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani

*) Se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă și astm bronșic, în condițiile prevăzute în norme

**) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani, în condițiile prevăzute în norme.”

76. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 11, la poziția 5, sintagma ”perioadă determinată” din coloana c3 se modifică și va avea următorul cuprins:

”perioadă determinată *)”

77. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., înainte de nota de sub tabelul de la punctul 11, se introduce o nouă teză cu următorul cuprins:

„*) se acordă prin închiriere”

78. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., punctul 13 se abrogă.

79. În Anexa 1, la Capitolul II, la litera K., după punctul 13 se introduce un punct nou, pct. 14 cu următorul cuprins:

”14. Dispozitive pentru administrarea chimioterapiei

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
1	Dispozitiv pentru acces venos central	Cameră implantabilă cu cateter pentru administrarea chimioterapiei *)	4 ani

*) Se acordă pentru administrarea chimioterapiei pe termen mediu și lung, în condițiile prevăzute în norme.

80. În Anexa 2, la articolul 1, alineatele (3), (4), (5), (6) și (9) se abrogă.

81. În Anexa 2, la articolul 2, alineatele (2) și (3), se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

82. În Anexa 2, la articolul 3, literele l), z), af) și an) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data de la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului,

informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(...)

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

(...)

af) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0-18 ani schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer.

Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris;

(...)

an) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;"

83. În Anexa 2, la articolul 3, după litera ap) se introduce o literă nouă, lit. aq) cu următorul cuprins:

"aq) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică.

Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

84. În Anexa 2, la articolul 6, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(5) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate si/sau spirometrie - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile stabilite prin norme.”

85. În Anexa 2, la articolul 10, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate încheie convenție de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei.

(2) La sfârșitul celor 3 luni, medicul de familie nou-venit încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului.”

86. În Anexa 2, la articolul 11, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe în scris asigurații despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis în ceea ce privește respectarea obligației prevăzută mai sus se face de către casa de asigurări de sănătate.

(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de către reprezentanții casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică.”

87. În Anexa 2, la articolul 13, litera b) a alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”b) 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).

88. În Anexa 2, la articolul 13, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(6) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita/per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, prevăzută la art. 14 lit. a) și b), și se repartizează 20% pentru plata per capita și 80% pentru plata per serviciu.”

89. În Anexa 2, preambulul articolului 14 se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 14. - Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de 3 luni, de un venit care este format din: (...)”

90. În Anexa 2, la articolului 17, preambulul alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea prevederilor art. 11 alin. (2), se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

91. În Anexa 2, la articolului 17, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

92. În Anexa 2, la articolului 19, litera f) se abrogă.

93. În Anexa 2, la articolului 22, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.”

94. În Anexa 2, la articolului 22, alineatele (3) și (4) se abrogă.

95. În Anexa 2, la articolului 23, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

96. În Anexa 2, la articolului 24, literele l), s), aa), ah) și aj) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate din specialitățile clinice, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;

(...)

s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
(...)

aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

ah) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

aj) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.”

97. În Anexa 2, la articolului 24, litera ak) se abrogă.

98. În Anexa 2, la articolului 24, după litera al) se introduce o literă nouă, lit. am) cu următorul cuprins:

am) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică.

Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

99. În Anexa 2, la articolului 27, alineatul (3) se completează cu următoarea teză:

”Medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital reprezintă personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

100. În Anexa 2, la articolului 30, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care pentru anumite specialități există localități/zone cu deficit de medici, stabilite de reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică, pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână.

101. În Anexa 2, la articolului 32, alineatul (2), litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

„d) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

102. În Anexa 2, la articolului 32, alineatul (3), se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Fac excepție de la prevederile alin. (2) urgențele și afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, prevăzute în norme și serviciile de planificare familială. Pentru afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și pentru serviciile de planificare familială, medicii de specialitate au obligația de a verifica calitatea de asigurat.”

103. În Anexa 2, la articolului 35, preambulul alineatului (2), se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 24 lit. a) - c), e) - h), j) - u), v), x), z), ac) - ae) și ag), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

104. În Anexa 2, la articolul 35, alineatele (3), (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se constată

nerespectarea obligației prevăzută la art. 24 lit. ab) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 24 lit. aj), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 10% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 20% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 24 lit. aj) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

105. În Anexa 2, la articolul 36, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 35 alin. (1), (2) și (4), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 35 alin. (3).”

106. În Anexa 2, la articolul 40, alineatele (2) și (3) se abrogă.

107. În Anexa 2, la articolul 41, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

108. În Anexa 2, la articolul 42, literele l), r), z), af), ah) și ai) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripția eliberându-se în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;

(...)

r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

(...)

z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

af) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ai) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

109. În Anexa 2, la articolul 42, după litera ak) se introduc două litere noi, lit. al) și am) cu următorul cuprins:

„al) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme;

am) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

110. În Anexa 2, la articolul 43, după litera f) se introduce o nouă literă, lit. g) cu următorul cuprins:

”g) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme.”

111. În Anexa 2, la articolul 45, alineatul (3) se completează cu următoarea teză:

”Medicii de specialitate clinică reabilitare medicală cu integrare clinică într-un spital reprezintă personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

112. În Anexa 2, la articolul 48, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică de reabilitare medicală, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât

să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care există deficit de medici constat de reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică și pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână.

113. În Anexa 2, după articolul 51 se introduce un articol nou, art. 51¹ cu următorul cuprins:

”Art. 51¹ (1) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:

c) pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, se încasează coplată/zi;

d) nivelul minim al coplății este de 5 lei/zi, iar nivelul maxim este de 10 lei/zi.

Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 213¹ din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.”

114. În Anexa 2, la articolul 52, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. a) - c), e - h), j) - u), w), y), ab) - ae), precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

115. În Anexa 2, la articolul 52, alineatele (3), (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 42 lit. aa) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 42 lit. ah), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 42 lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

116. În Anexa 2, la articolul 53, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 52 alin. (1), (2) și (4), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 52 alin. (3).

117. În Anexa 2, la articolul 58, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

118. În Anexa 2, la articolul 59, literele q), x), z), ab) și ad) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„q) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
(...)

x) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
(...)

z) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
(...)

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

(...)

ad) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

119. În Anexa 2, la articolul 59, litera ac) se abrogă.

120. În Anexa 2, la articolul 59, după litera ad) se introduce o literă nouă, lit. ae) cu următorul cuprins:

ae) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din pachetul de bază, acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

121. În Anexa 2, la articolul 60, după litera f) se introduce o literă nouă, litera g) cu următorul cuprins:

„g) să încaseze contribuția personală a asiguratului pentru serviciile din pachetul de bază la care este prevăzută contribuție personală, conform normelor.”

122. În Anexa 2, la articolul 67, alineatele (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 59 lit. ab), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 59 lit. ab) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru

fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

123. În Anexa 2, la articolul 68, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 67 alin.(1), (2) și (4), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 67 alin. (3);

124. În Anexa 2, la articolul 72, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Numărul necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ și repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilesc de către reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, funcție de condițiile specifice de la nivel local, pe care le fac publice pe pagina web a casei de asigurari de sanatate si a directiei de sanatate publică.”

125. În Anexa 2, la articolul 72, alineatul (3) se abrogă.

126. În Anexa 2, la articolul 72, alineatul (10) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(10) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator își 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 excepția laboratoarelor de anatomie patologică/laboratoarelor de anatomie patologică organizate ca puncte de lucru din structura sa pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore/zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/laborator de radiologie-imagistică medicală organizat ca punct de lucru din structura sa. În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel puțin o normă/zi (6 ore).”

127. În Anexa 2, la articolul 72, alineatul (11) se completează cu următoarea teză:

”Medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital reprezintă personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

128. În Anexa 2, la articolul 72, alineatul (12) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(12) Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice pot desfășura activitate în laboratoarele de investigații medicale paraclinice ale spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu și în laboratoarele organizate în cadrul

centrului de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceleiași spital, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat cu casa de asigurări de sănătate.”

129. În Anexa 2, la articolul 73, după litera t) de la alineatul (1) se introduc trei litere noi, lit. Ț), u) și v) cu următorul cuprins:

„Ț) autorizație sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

u) autorizația pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare;

v) documentele privind deținerea mijloacelor de transport auto individualizate și care sunt utilizate numai pentru activitatea prevăzută la lit. u).”

130. În Anexa 2, la articolul 73, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

131. În Anexa 2, la articolul 74, literele ș), ab) și ai) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ș) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și acte administrative necesare investigației; să încaseze sume reprezentând contribuția personală a asiguratului în limita nivelului maxim stabilit prin norme;

(...)

ab) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut

în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore).”

(...)

ai) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

132. În Anexa 2, la articolul 74, după litera ak) se introduc două litere noi, lit. al) și am) cu următorul cuprins:

„al) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

am) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

133. În Anexa 2, la articolul 75, după litera f) se introduce o literă nouă, litera g) cu următorul cuprins:

„g) pot încasa contribuție personală din partea asiguratului, cu excepția copiilor 0 - 18 ani și a persoanelor beneficiare ale legilor speciale prevăzute de Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru serviciile de înaltă performanță și medicină nucleară: RMN, CT, angiografie și scintigrafie din pachetul de bază, în condițiile stabilite prin norme.”

134. În Anexa 2, la articolul 77, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Suma cuvenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile contractării și condițiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar, conform normelor. Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează servicii medicale paraclinice, la tarifele negociate care nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în norme sau la tarifele prevăzute în norme, după caz, în condițiile stabilite prin norme.”

135. În Anexa 2, la articolul 80, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 74 lit. a) - c), e) - g), i) - r), t), ț), u), w), x), y), ag), ah), aj) și al) se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

136. În Anexa 2, la articolul 80, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 74 lit. v) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

137. În Anexa 2, la articolul 83, alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

”a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a) - c), q) și r) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 74 lit. s), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;”

138. În Anexa 2, articolul 85 se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 85 - Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de cronici și penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.”

139. În Anexa 2, la articolul 86, alineatul (1), litera o) se abrogă.

140. În Anexa 2, la articolul 86, alineatul (1), litera p) se modifică și va avea următorul cuprins:

”p) copie a ordinului ministrului sănătății privind clasificarea spitalului, după caz;”

141. În Anexa 2, la articolul 86, alineatul (1), litera q) se modifică și va avea următorul cuprins:

”q) documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu o linie/două linii de gardă, conform art. 85;”

142. În Anexa 2, la articolul 86 alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

143. În Anexa 2, la articolul 87, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate se face de către reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică.”

144. În Anexa 2, la articolul 87, alineatul (4) se abrogă.

145. În Anexa 2, la articolul 88, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă, după caz, funcție de tipul de spitalizare.”

146. În Anexa 2, la articolul 89, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) situațiile prevăzute în Anexa 1 la capitolul I, lit. C pct. 1 și la capitolul II, lit. F, pct. 12.”

147. În Anexa 2, la articolul 90, alineatul (2), literele c) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin

normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

148. În Anexa 2, la articolul 90, alineatele (3) și (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt contractate distinct și decontate prin tarif pe serviciu medical. Sumele contractate pentru serviciile medicale în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.”

149. În Anexa 2, la articolul 90, alineatul (5) se abrogă.

150. În Anexa 2, la articolul 91, alineatul (2), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) 9% pentru decontarea cazurilor externe prevăzute la art. 100 și pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii

medicale spitalicești, inclusiv regularizări trimestriale, precum și încheierea de contracte noi, funcție de necesarul de servicii medicale, în condițiile prevăzute în norme, după caz;”

151. În Anexa 2, la articolul 92, alineatul (1), literele f), l), r), am), ao), se modifică și vor avea următorul cuprins:

f) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(...)

r) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

(...)

am) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.”

152. În Anexa 2, la articolul 92, alineatul (1), literele ap) și aq) se abrogă.

153. În Anexa 2, la articolul 92, alineatul (1), după litera aș) se introduce o literă nouă, lit. at) cu următorul cuprins:

„at) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

154. În Anexa 2, la articolul 92, alineatele (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(4) Unitățile sanitare cu paturi din rețeaua Ministerului Sănătății au obligația ca în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate să facă demersurile pentru efectuarea auditului public intern vizând activitățile financiare sau cu implicații financiare, plățile asumate prin angajamente bugetare și legale, precum și alocarea creditelor bugetare, astfel încât până la sfârșitul anului 2014, respectiv până la sfârșitul anului 2015 să prezinte Ministerului Sănătății raportul de audit pentru anul 2013, respectiv pentru anul 2014.

(5) Unitățile sanitare publice cu paturi, altele decât cele prevăzute la alin. (4), au obligația ca, în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, să solicite ordonatorului principal de credite efectuarea unui audit public intern pentru activitatea anului 2013, respectiv pentru activitatea anului 2014.”

155. În Anexa 2, la articolul 93, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să primească contravaloarea serviciilor medicale contractate și validate, în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme;”

156. În Anexa 2, la articolul 95, alineatul (2), literele a) și b) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) sume aferente Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) sume pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu,

transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

157. În Anexa 2, la articolul 96, alineatul (1), literele a), b), c), d), e), f) și g) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate, în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme.

Validarea cazurilor rezolvate în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății.

Numărul de cazuri externate și raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b);

c) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente și materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor

naționale cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractate cu această destinație;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, în limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, se face în funcție de numărul de cazuri/servicii, raportate și validate în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme.

Validarea cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi în vederea decontării se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor/serviciilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

158. În Anexa 2, preambulul articolului 97 se modifică și va avea următorul cuprins:

”Art. 97 - Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor art. 96, cu excepția sumelor pentru medicamente și materiale sanitare specifice, acoperite prin Programele naționale cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru: (...).”

159. În Anexa 2, la articolul 98, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI, precum și pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 97 lit. a), b) și c), cu excepția:

- medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate și medicamentelor pentru bolile pentru care este necesară aprobarea

comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate,

- dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.”

160. În Anexa 2, la articolul 102, preambulul alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. a) - ae), ag) - al), ap) - aș) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează: (...)”

161. În Anexa 2, la articolul 102, alineatul (2), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 5% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).”

162. În Anexa 2, la articolul 102, alineatul (2), după litera b) se introduce o literă nouă, lit. c) cu următorul cuprins:

„c) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.”

163. În Anexa 2, la articolul 102, alineatele (3) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 92 lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației de la art. 92 lit. ao) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

164. În Anexa 2, la articolul 105, alineatul (1), după litera c) se introduce o literă nouă, lit. d) cu următorul cuprins:

„d) să implementeze sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului act normativ.”

165. În Anexa 2, la articolul 106, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

166. În Anexa 2, la articolul 107, alineatul (1), literele i) și t) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„i) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;

(...)

t) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens.”

167. În Anexa 2, la articolul 107, alineatul (1), după litera t) se introduc două litere noi, lit. Ț) și u) cu următorul cuprins:

„Ț) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

u) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc

în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

168. În Anexa 2, la articolul 116, după litera h) se introduce o literă nouă, lit. i) cu următorul cuprins:

”i) dacă furnizorul nu îndeplinește condiția prevăzută la art. 105 alin. (1) lit. d).”

169. În Anexa 2, la articolul 118, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

170. În Anexa 2, la articolul 119, literele d), q), v) și w) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, și documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

(...)

q) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

(...)

v) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința

înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

w) să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.”

171. În Anexa 2, la articolul 119, după litera w) se introduc cinci litere noi, lit. x), y), z), aa) și ab) cu următorul cuprins:

„x) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise pentru substanțe și preparate stupefiante și psihotrope în terapia durerii, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

y) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea medicamentelor prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

z) să recomande asiguraților substanțele și preparatele stupefiante și psihotrope în terapia durerii, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

aa) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ab) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din

pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

172. În Anexa 2, la articolul 120, după litera f) se introduce o literă nouă, lit. g) cu următorul cuprins:

„g) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefianțe și psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme.”

173. În Anexa 2, la articolul 124, preambulul de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 119 lit. a) - c), e) - o), ș), t), v), w), z) și aa) se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

174. În Anexa 2, la articolul 124, după alineatul (2) se introduc două noi alineate, alin. (2¹) și (2²) cu următorul cuprins:

„(2¹) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 119 lit. x), la prima constatare se diminuează cu 10% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații; la a doua constatare se diminuează cu 20% suma convenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

(2²) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2¹), nerespectarea obligației de la art. 119 lit. x) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefianțe și psihotrope.”

175. În Anexa 2, la articolul 124, alineatele (3), (4) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Reținerea sumelor potrivit alin. (1), (2) și (2¹) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) și (2¹) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2) și (2¹) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.”

176. În Anexa 2, la articolul 125, literele d) și g) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de copiiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz și de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de

asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;”

(...)

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 124 alin. (1), (2) și (2¹), pentru fiecare situație;”

177. În Anexa 2, la articolul 129, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

178. În Anexa 2, la articolul 130, literele k), y), ab), ad) și ae) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupeficante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupeficante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(...)

y) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

ab) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz,

documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ae) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.”

179. În Anexa 2, la articolul 130, după litera ae) se introduce o literă nouă, lit. af) cu următorul cuprins:

„af) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

180. În Anexa 2, la articolul 132, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

”b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;”

181. În Anexa 2, la articolul 135, preambulul alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 130 lit. a) - u) w) - ac) și ae) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează: (...).”

182. În Anexa 2, la articolul 135, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 130 lit. ad), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligației de la art. 130 lit. ad) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

183. În Anexa 2, la articolul 138, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Contractele se încheie de reprezentantul legal al societății farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficine locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.”

184. În Anexa 2, la articolul 138, prima teză a alineatului (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(5) În cazul unei farmacii aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă deținătorul autorizației de funcționare, iar noul deținător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare

îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiția ca aceasta să își desfășoare activitatea la același sediu și în aceleași condiții avute în vedere la contractare. (...)”

185. În Anexa 2, la articolul 140, preambulul alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților farmaceutice pentru farmaciile autorizate și evaluate pe care aceștia le reprezintă, precum și cu cei ai farmaciilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, pe baza următoarelor documente: (...)”

186. În Anexa 2, la articolul 140, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

187. În Anexa 2, la articolul 141, literele c), d), e), g) și w) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative , cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achizionate și evidenciate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

d) să verifice prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

(...)

g) să întocmească și să prezinte/transmită caselor de asigurări de sănătate documentele necesare, în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite prin norme. Sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat și cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

(...)

w) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei;"

188. În Anexa 2, la articolul 141, după litera ac) se introduc trei litere noi, lit. ad), ae) și af) cu următorul cuprins:

„ad) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate, iar o copie a cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului împuternicitului, se păstrează la farmacie; medicamentele din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

af) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Medicamentele cu și fără contribuție personală eliberate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Medicamentele cu și fără contribuție personală eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

189. În Anexa 2, la articolul 143, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

”c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora;”

190. În Anexa 2, la articolul 144, alineatele (7), (8), (9) și (10) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(7) Pentru DCI-urile incluse necondiționat în lista prevăzută la art. 139, în lista prevăzută la alin. (5) se includ denumirile comerciale menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și cale de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică aferent denumirilor comerciale menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale.

(8) Pentru DCI-urile incluse condiționat în lista prevăzută la art. 139, în lista prevăzută la alin. (5) se includ denumirile comerciale prevăzute în contractele cost-volum/cost-volum rezultat, încheiate între deținătorii de autorizații de punere pe piață/reprezentanții legali ai acestora și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și după caz, și Ministerului Sănătății.

(9) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2014 și 2015 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(10) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (9) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se

constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.”

191. În Anexa 2, la articolul 145 alineatul (1) litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

”d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maxim două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente, cu excepția triplei terapii pentru hepatitele cronice virale și cirozele hepatice unde numărul maxim de medicamente este 4;”

192. În Anexa 2, la articolul 145, alineatele (5) și (7) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a medicamentelor corespunzătoare DCI – urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(...)

(7) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.”

193. În Anexa 2, la articolul 146, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și

studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 145 alin. (7). Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în norme. Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.”

194. În Anexa 2, la articolul 147, preambulul alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, se aplică următoarele măsuri: (...)”

195. În Anexa 2, la articolul 147, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, a obligațiilor prevăzute la art. 141 lit. a) - f), h), j) - x), z) - ab) și ae) se aplică următoarele măsuri: (...).”

196. În Anexa 2, la articolul 148, alineatul (1), litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:

”f) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății se aplică măsurile prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași oficiină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

197. În Anexa 2, la articolul 148, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 148 alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 141 lit. f), g), r), ț) și v), ac) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.”

198. În Anexa 2, la articolul 149 alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Prevederile referitoare la condițiile de suspendare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.”

199. În Anexa 2, la articolul 150 alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Prevederile referitoare la condițiile de încetare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.”

200. În Anexa 2, la articolul 152, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al

furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

201. În Anexa 2, la articolul 153, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

”h) să întocmească și să depună la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoțite de documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor; ”

202. În Anexa 2, la articolul 153, după litera q) se introduc trei litere noi, literele r), s) și ș) cu următorul cuprins:

”r) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării dispozitivelor medicale, cu excepția situațiilor prevăzute în norme; dispozitivele medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen;

ș) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea dispozitivelor medicale eliberate, se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Dispozitivele medicale eliberate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face

raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Dispozitivele medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

203. În Anexa 2, la articolul 160, preambulul alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 153 lit. a) - e), g) - m), o) - q) și s) se aplică următoarele măsuri: (...)”

204. În Anexa 2, după articolul 172 se introduce un articol nou, art. 172¹ cu următorul cuprins:

„ART. 172¹ (1) Este interzisă reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a cardurilor naționale de asigurări sociale de sănătate activate.

(2) În situația în care există sesizări referitoare la încălcarea prevederii de la alin. (1), se anunță organele abilitate.”

205. În Anexa 2, articolul 179 se abrogă.

ART. II Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2015.

PRIM MINISTRU

VICTOR - VIOREL PONTA