



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 175 (XIX) — Nr. 312

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRÂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 10 mai 2007

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
LEGI ȘI DECRETE			
121.		396.	4
— Lege pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 100/2006 privind transmiterea unor părți dintr-un imobil proprietate privată a statului din administrarea Societății Comerciale „Compania Națională de Transporturi Aeriene Române — TAROM” — S.A. în administrarea Companiei Naționale de Investiții „C.N.I.” — S.A.		— Hotărâre privind aprobarea cheltuielilor ocazionate de organizarea la București, în perioada 23—25 mai 2007, a Conferinței internaționale pe tema eficienței energetice și a surselor regenerabile de energie	
504.	2	397.	5
— Decret privind promulgarea Legii pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 100/2006 privind transmiterea unor părți dintr-un imobil proprietate privată a statului din administrarea Societății Comerciale „Compania Națională de Transporturi Aeriene Române — TAROM” — S.A. în administrarea Companiei Naționale de Investiții „C.N.I.” — S.A.		— Hotărâre privind modificarea valorilor de inventar ale unor imobile aflate în domeniul public al statului și în administrarea Ministerului Agriculturii și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Suceava	
HOTĂRÂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI			
395.	3	ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
— Hotărâre privind trecerea din domeniul public al statului în domeniul privat al statului a unor mijloace fixe concesionate Companiei Naționale de Transport al Energiei Electrice „Transelectrica” — S.A., Sucursala de Transport Pitești		727/168.	6-16
		— Ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.781/CV 558/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007	

LEGI ȘI DECRETE**PARLAMENTUL ROMÂNIEI****CAMERA DEPUTAȚILOR****SENATUL****LEGE****pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 100/2006 privind transmiterea unor părți dintr-un imobil proprietate privată a statului din administrarea Societății Comerciale „Compania Națională de Transporturi Aeriene Române — TAROM“ — S.A. în administrarea Companiei Naționale de Investiții „C.N.I.“ — S.A.****Parlamentul României** adoptă prezenta lege.

Articol unic. — Se aprobă Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 100 din 6 decembrie 2006 privind transmiterea unor părți dintr-un imobil proprietate privată a statului din administrarea Societății Comerciale „Compania Națională de Transporturi Aeriene Române — TAROM“ — S.A. în administrarea Companiei Naționale de Investiții „C.N.I.“ — S.A., publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.028 din 27 decembrie 2006, cu următoarele modificări:

1. Articolul 1 va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — Parterul și mezaninul imobilului, având datele de identificare prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta ordonanță de urgență, proprietate

privată a statului, se transmit din administrarea Societății Comerciale «Compania Națională de Transporturi Aeriene Române — TAROM» — S.A. în administrarea Companiei Naționale de Investiții «C.N.I.» — S.A., în vederea desfășurării activităților proprii de interes public, aprobate potrivit legii, și pe perioada în care compania se află sub autoritatea Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului.“

2. Articolul 3 va avea următorul cuprins:

„Art. 3. — Lucrările necesare amenajării spațiilor în vederea asigurării desfășurării activităților proprii de interes public se finanțează de Compania Națională de Investiții «C.N.I.» — S.A. din surse proprii.“

Această lege a fost adoptată de Parlamentul României, cu respectarea prevederilor art. 75 și ale art. 76 alin. (2) din Constituția României, republicată.

PREȘEDINTELE CAMEREI DEPUTAȚILOR
BOGDAN OLTEANU

PREȘEDINTELE SENATULUI
NICOLAE VĂCĂROIU

București, 5 mai 2007.
Nr. 121.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI**DECRET****privind promulgarea Legii pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 100/2006 privind transmiterea unor părți dintr-un imobil proprietate privată a statului din administrarea Societății Comerciale „Compania Națională de Transporturi Aeriene Române — TAROM“ — S.A. în administrarea Companiei Naționale de Investiții „C.N.I.“ — S.A.**

În temeiul prevederilor art. 77 alin. (1) și ale art. 100 alin. (1) din Constituția României, republicată,

Președintele României d e c r e t e a z ă :

Articol unic. — Se promulgă Legea pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 100/2006 privind transmiterea unor părți dintr-un imobil proprietate privată a statului din administrarea Societății Comerciale „Compania

Națională de Transporturi Aeriene Române — TAROM“ — S.A. în administrarea Companiei Naționale de Investiții „C.N.I.“ — S.A. și se dispune publicarea acestei legi în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PREȘEDINTELE ROMÂNIEI
— interimar —
NICOLAE VĂCĂROIU

București, 4 mai 2007.
Nr. 504.

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI**GUVERNUL ROMÂNIEI****HOTĂRÂRE****privind trecerea din domeniul public al statului în domeniul privat al statului a unor mijloace fixe concesionate Companiei Naționale de Transport al Energiei Electrice „Transelectrica” — S.A., Sucursala de Transport Pitești**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 10 alin. (2) din Legea nr. 213/1998 privind proprietatea publică și regimul juridic al acesteia, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 2 din Ordonanța Guvernului nr. 112/2000 pentru reglementarea procesului de scoatere din funcțiune, casare și valorificare a activelor corporale care alcătuiesc domeniul public al statului și al unităților administrativ-teritoriale, aprobată prin Legea nr. 246/2001,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă trecerea din domeniul public al statului în domeniul privat al statului a mijloacelor fixe aflate în concesiunea Companiei Naționale de Transport al Energiei Electrice „Transelectrica” — S.A., Sucursala de Transport Pitești, amplasate în Stația electrică 400 kV Slatina, având datele de identificare prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — Trecerea în domeniul privat al statului se face în vederea scoaterii din funcțiune și a valorificării, în condițiile legii, a mijloacelor fixe prevăzute la art. 1.

Art. 3. — Compania Națională de Transport al Energiei Electrice „Transelectrica” — S.A. va efectua operațiunile prevăzute la art. 2.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:
Ministrul economiei și finanțelor,
Varujan Vosganian

București, 4 mai 2007.
Nr. 395.

ANEXĂ

DATELE DE IDENTIFICARE**a mijloacelor fixe care trec din domeniul public al statului în domeniul privat al statului, aflate în concesiunea Companiei Naționale de Transport al Energiei Electrice „Transelectrica” — S.A., Sucursala de Transport Pitești**

Nr. identificare M.F.P.	Cod clasificare	Denumire mijloace fixe	Nr. inventar	Valoare de inventar (lei)	Valoare inventar în domeniul public (lei)	Valoare rămasă de amortizat, trecută în domeniul privat conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 164/2005 (lei)
62.176 — Stația 400 kV Slatina	2.1.16.5	Celula HT 400 kV Porțile de Fier	326200000	236.691,79	236.691,79	0
	2.1.16.5	Celula 400 kV Țânțăreni	326220000	236.691,79	236.691,79	0
	2.1.16.5	Celula 400 kV Drăgănești-Olt	324661400	316.012,47	98.399,39	217.613,08
	2.1.16.5	Celula HT 400 kV București-Sud	326200005	164.945,89	164.945,89	0
				954.341,94	736.728,86	217.613,08

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

**privind aprobarea cheltuielilor ocazionate de organizarea la București,
în perioada 23—25 mai 2007, a Conferinței internaționale pe tema eficienței energetice
și a surselor regenerabile de energie**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă organizarea la București, în perioada 23—25 mai 2007, a Conferinței internaționale pe tema eficienței energetice și a surselor regenerabile de energie.

Art. 2. — Cheltuielile pentru organizarea și desfășurarea acțiunii prevăzute la art. 1, în sumă totală de 40 mii lei,

se asigură din prevederile bugetare aprobate Ministerului Economiei și Finanțelor pe anul 2007 la capitolul 80.01 „Acțiuni generale economice, comerciale și de muncă”, titlul 20 „Bunuri și servicii”, cu respectarea prevederilor legale, conform devizului estimativ prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:
Ministrul economiei și finanțelor,
Varujan Vosganian

București, 4 mai 2007.
Nr. 396.

ANEXĂ

DEVIZ ESTIMATIV DE CHELTUIELI

Nr. crt.	Obiective/Specificarea cheltuielilor	Suma
1.	Chirie pentru săli de conferințe dotate corespunzător cu instalații și echipamente de sonorizare și traducere simultană: — 3 săli x 3 zile, din care: — 1 sală de conferință pentru ziua I: 3.500 lei/1 zi = 3.500 lei — 1 sală de conferință pentru ziua II: 3.500 lei/1 zi = 3.500 lei — 1 sală de conferință pentru ziua III: 1.050 lei/1 zi = 1.050 lei — echipamente audio-video, flip-chart, retroproiector, ecran 2x2 m, sonorizare, 2 microfoane fixe, 1 microfon mobil (pachet) = gratuit — echipamente traducere simultană (engleză—rusă, rusă—engleză, engleză—română, română—engleză) 80—100 căști: — 875 lei/zi x 2 zile = 1.750 lei — 700 lei/zi x 1 zi = 700 lei	10,5 mii lei
2.	Cheltuieli de protocol: — pauză de cafea: — 28 lei/pers. x 80 pers. (ziua I) = 2.240 lei — 28 lei/pers. x 50 pers. (ziua II) = 1.400 lei — 10,5 lei/pers. x 30 pers. (ziua III) = 315 lei — bufet de prânz: — 91 lei/pers. x 80 pers. (ziua I) = 7.280 lei — 77 lei/pers. x 50 pers. (ziua II) = 3.850 lei — 42 lei/pers. x 30 pers. (ziua III) = 1.260 lei — cină festivă pentru 80 de persoane: — 140 lei/pers. x 80 pers. (ziua I) = 11.200 lei	27,545 mii lei
3.	Cheltuieli neprevăzute	1,955 mii lei
TOTAL:		40 mii lei

Subtotal fără cheltuieli neprevăzute: 38,045 mii lei (10.870 euro, conform ofertei atașate)
Calculul s-a făcut la un curs estimativ de: 1 euro = 3,5 lei.

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind modificarea valorilor de inventar ale unor imobile aflate în domeniul public al statului și în administrarea Ministerului Agriculturii și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Suceava

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 20 din Legea nr. 213/1998 privind proprietatea publică și regimul juridic al acesteia, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Valorile de inventar ale imobilelor aflate în domeniul public al statului și în administrarea Ministerului Agriculturii și Dezvoltării Rurale — Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Suceava, înregistrate la pozițiile cu nr. MF 37.030 și 37.037 din anexa nr. 3 la

Hotărârea Guvernului nr. 1.705/2006 pentru aprobarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public al statului, cu modificările și completările ulterioare, se modifică conform anexei care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
CĂLIN POPESCU-TĂRICEANU

Contrasemnează:
Ministrul agriculturii și dezvoltării rurale,
Decebal Traian Remeș
Ministrul economiei și finanțelor,
Varujan Vosganian

București, 4 mai 2007.
Nr. 397.

ANEXĂ

1.	Ordonator principal de credite	42211876	Ministerul Agriculturii și Dezvoltării Rurale
2.	Ordonator secundar de credite	4244458	Direcția pentru Agricultură și Dezvoltare Rurală Suceava
3.	Ordonator terțiar de credite		
4.	Regii autonome și companii/societăți naționale aflate sub autoritatea ordonatorului principal, institute naționale de cercetare-dezvoltare și, după caz, societăți comerciale cu capital majoritar de stat care au în administrare bunuri din patrimoniul public de stat		

Nr. M.F.	Codul de clasificare	Denumirea	Datele de identificare			Anul dobândirii/dării în folosință	Valoarea de inventar (în lei)
			Descrierea tehnică (pe scurt)	Vecinătăți (după caz, pe scurt)	Adresa		
37.030	8.29.06	Clădire administrativă Centrul Teritorial pentru Ameliorare și Reproducție în Zootehnie Câmpulung Moldovenesc	Suprafața construită = 143 m ² Suprafața desfășurată = 143 m ² Suprafața curții = 1.249 m ²	EV — locuințe particulare N — Circa sanitară veterinară și locuințe S — str. Eudoxiu Hurmuzachi	România, județul Suceava, municipiul Câmpulung Moldovenesc, str. Eudoxiu Hurmuzachi nr. 4A	1972	246.344
37.037	8.29.06	Pavilion tehnic administrativ Centrul Teritorial pentru Ameliorare și Reproducție în Zootehnie Gura Humorului	Suprafața construită = 150 m ² P + 1 Suprafața desfășurată = 195,17 m ² Suprafața curții = 6.186 m ²	Centrul de achiziții animale, str. Mănăstirea Humorului, casă particulară	România, județul Suceava, orașul Gura Humorului, str. Mănăstirea Humorului nr. 162	1963	334.786

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂȚĂII PUBLICE
Nr. 727 din 26 aprilie 2007

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂȚATE
Nr. 168 din 19 aprilie 2007

ORDIN

privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.781/CV 558/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007

În temeiul prevederilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice;
- Hotărârii Guvernului nr. 1.842/2006 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere Referatul de aprobare nr. 4.478 din 27 aprilie 2007 al Ministerului Sănătății Publice și nr. DG 1.642 din 29 martie 2007 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

ministrul sănătății publice și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.781/CV 558/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.057 și nr. 1.057 bis din 30 decembrie 2006, se modifică și se completează după cum urmează:

1. **În anexa nr. 3, la articolul 7, punctul 28), în anexa nr. 6, articolul 5, punctul 23), în anexa nr. 12, articolul 7, punctul 20), în anexa nr. 14, articolul 7, litera s), în anexa nr. 15, articolul 8, punctul 17), în anexa nr. 20, articolul 6, litera r), în anexa nr. 23, articolul 7, litera v), în anexa nr. 29, articolul 6, litera u) vor avea următorul cuprins:**

„să raporteze serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale prin utilizarea aplicației «sistem informatic unic integrat», potrivit instrucțiunilor cuprinse în manualul de utilizare;“.

2. **În anexa nr. 1, la capitolul I litera A, după punctul 8 se introduce un nou punct, punctul 9, cu următorul cuprins:**

„9. Servicii de planificare familială:
— consiliere de planificare familială;
— indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.“

3. **În anexa nr. 1, la capitolul II, după litera C se introduce o nouă literă, litera D, cu următorul cuprins:**

„D. Servicii de planificare familială:
a) consiliere de planificare familială a femeii;
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.“

Casele de asigurări de sănătate decontează un singur serviciu medical prevăzut la lit. a) și b), la o perioadă de minimum 3 luni.“

4. **În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (2), litera e) va avea următorul cuprins:**

„e) serviciile cuprinse la cap. I lit. A pct. 2 lit. f), pct. 6, pct. 7 lit. b) și pct. 9, lit. B pct. 1, 2, 3, 4, 5, 7 și 8, lit. C pct. 1), lit. D și E din anexa nr. 1 sunt incluse în plata «per capita».“

5. **În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (3), în tabelul de la litera a), după punctul 12 se introduce un nou punct, punctul 13, cu următorul cuprins:**

13) Serviciile prevăzute la cap. II lit. D din anexa nr. 1	4/solicitare	
--	--------------	--

6. **În anexa nr. 2, la articolul 7 punctul 2, litera a) va avea următorul cuprins:**

„a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din prezentul ordin;“.

7. **În anexa nr. 3, la punctul V litera B articolul 7, punctul 26) va avea următorul cuprins:**

„26) să angajeze asistenți medicali în vederea asigurării calității actului medical; numărul optim de asigurați înscriși pentru care cabinetele medicale vor angaja asistenți medicali este de 1000.“

8. **În anexa nr. 7, la capitolul I punctul 1 litera A, la „Consultația medicală de specialitate“, primul paragraf va avea următorul cuprins:**

„Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate pentru care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și pe baza biletului de trimitere eliberat de medicii cu care casa de asigurări de sănătate are încheiate convenții conform anexei nr. 36. Fac excepție de la prevederile anterioare urgențele și consultațiile de control pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate. Pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene — titulari ai cardului european de asigurări de sănătate — nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultațiile și serviciile medicale

de recuperare — reabilitare a sănătății. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.”

9. În anexa nr. 7, la capitolul I punctul 1 litera A, la „Stabilirea numărului de puncte pe consultație“, litera d) va avea următorul cuprins:

	inițială	control
„d) consultația pentru acupunctură, homeopatie și fitoterapie	15 puncte	10 puncte“

10. În anexa nr. 7, la capitolul I punctul 1 litera B, în tabelul de la subpunctul 1 se abrogă ****) de la Otorinolaringologie și precizarea corespunzătoare [****]) din subsolul tabelului.

11. În anexa nr. 7, la capitolul III, în tabelul de la punctul 1 se abrogă ** de la codurile 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 și precizarea corespunzătoare (**) după punctul 2.9.

12. În anexa nr. 7, la capitolul III, în tabelul de la punctul 1 codurile 5.6, 7.5, 7.6 și 7.11 vor avea următorul cuprins:

5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ședință	8,36	100%	100%	100%
-----	--	------	------	------	------

7.5	Reparație + 1 croșet (pentru fiecare croșet suplimentar se adaugă 3 lei)	22,47		100%	100%
-----	--	-------	--	------	------

7.6	Reparație + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 4 lei)	22,47		100%	100%
-----	--	-------	--	------	------

7.11	Element intermediar	60,30	100%	40%	100%
------	---------------------	-------	------	-----	------

13. În anexa nr. 7, la capitolul III, punctul 1, după Nota 2 se introduce Nota 3 cu următorul cuprins:

„NOTA 3:

Competența pentru dentiști este pentru codurile:

1.1, 1.2, 1.3

2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.2

4.5, 4.6, 5.7, 5.8

9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7, 9.8

9.9, 9.10, 9.11“

14. În anexa nr. 8, la articolul 3 alineatul (1), a doua teză a literei d) va avea următorul cuprins:

„În vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic care lucrează exclusiv în acupunctură, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate proceduri corespunzătoare unui punctaj de 300 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații.“

15. În anexa nr. 8, la articolul 6, alineatul (3) se completează cu următoarele paragrafe:

„În cazul furnizorilor de servicii medicale care au în structură atât laborator de analize medicale, cât și laborator

de radiologie și imagistică medicală, nu se permite, pe parcursul derulării contractului, transferul sumelor rezultate din economii de la laboratorul de analize medicale către laboratorul de radiologie și imagistică medicală sau invers, în cadrul aceleiași valori de contract. Sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice — analize medicale de laborator într-o lună se redistribuie conform prevederilor de mai sus furnizorilor de servicii medicale paraclinice — analize medicale de laborator — care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract, iar sumele rezultate din economii de la investigațiile medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală într-o lună se redistribuie furnizorilor de investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală care în aceeași lună și-au epuizat valoarea de contract.

În cazul în care la nivelul județului la sfârșitul trimestrului/anului se înregistrează economii la nivelul tuturor furnizorilor de servicii medicale paraclinice — analize medicale de laborator — și totodată există solicitare de suplimentare a fondurilor la investigații medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală sau invers, se pot efectua redistribuiri între cele două componente, cu încadrarea în sumele prevăzute pentru asistența medicală pentru specialități paraclinice, cu aprobarea ordonatorului terțiar de credite, repartizarea pe furnizori având în vedere criteriile inițiale de contractare.“

16. În anexa nr. 8, la articolul 8, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

„(5) Pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene — titulari ai cardului european de asigurări de sănătate investigațiile medicale paraclinice se acordă pe baza biletului de trimitere.“

17. În anexa nr. 8, articolul 9 va avea următorul cuprins:

„Art. 9. — Serviciile de înaltă performanță (RMN, CT, scintigrafie și angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și a fișelor de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin, care se întocmesc în două exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanță, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.“

18. În anexa nr. 8, la articolul 11 alineatul (1), litera b) va avea următorul cuprins:

„b) numărul de medici de medicină dentară și dentiști care intră în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate;“

19. În anexa nr. 10, la capitolul II, primul paragraf va avea următorul cuprins:

„La stabilirea numărului de analize medicale de laborator și a sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare;
2. criteriul financiar;
3. criteriul de adresabilitate;
4. criteriul de calitate.“

20. În anexa nr. 10, la capitolul II, la punctul 3 „Criteriul de adresabilitate“, al doilea paragraf va avea următorul cuprins:

„Dacă un asigurat s-a adresat de mai multe ori furnizorilor de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator în anul precedent, numărul de asigurați luați în calcul la repartizarea sumei se majorează corespunzător.“

21. În anexa nr. 10, la capitolul II, la punctul 4 „Criteriul de calitate”, literele A și F vor avea următorul cuprins:

„A. Fondul cu destinația de analize medicale de laborator se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

- a) 40% pentru criteriul de evaluare;
- b) 10% pentru criteriul financiar;
- c) 10% pentru criteriul de adresabilitate;
- d) 40% pentru criteriul de calitate, din care 40% pentru subcriteriul prevăzut la paragraful 1 lit. a) și 60% pentru subcriteriul prevăzut la paragraful 1 lit. b);

F. În situația în care niciunul dintre furnizori nu îndeplinește criteriul de calitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A.d) se repartizează proporțional la celelalte criterii prevăzute la lit. A.a), b) și c).“

22. În anexa nr. 11, la capitolul II, titlul punctului 3 „Criteriul privind calitatea” va avea următorul cuprins:

„3. Criteriul privind implementarea sistemului de management al calității“.

23. În anexa nr. 13, la punctul V litera B articolul 7, litera n) va avea următorul cuprins:

„n) să acorde servicii medicale paraclinice atât asiguraților, cât și cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene — titulari ai cardului european de asigurări de sănătate numai pe baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;“.

24. În anexa nr. 13, la punctul V litera B articolul 7, după litera s) se introduce o nouă literă, litera t), cu următorul cuprins:

„t) să raporteze serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale prin utilizarea aplicației «sistem informatic unic integrat», potrivit instrucțiunilor cuprinse în manualul de utilizare.“

25. În anexa nr. 13, la punctul X articolul 13 alineatul (2), litera d) va avea următorul cuprins:

„d) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 lit. e), g), j), l), o), m) și t);“.

26. În anexa nr. 14, la punctul I, teza a doua va avea următorul cuprins:

„— Cabinetul medical organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare:

- cabinet individual reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular ;
- cabinet asociat sau grupat reprezentat prin medicul dentist delegat ;
- societate civilă medicală reprezentată prin administrator ;“.

27. În anexa nr. 14, la punctul III, partea introductivă a articolului 3 va avea următorul cuprins:

„Art. 3. — Furnizarea serviciilor de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentiști/dentiști:“.

28. În anexa nr. 14, la punctul V articolul 6, litera I) va avea următorul cuprins:

„I) să încaseze de la furnizorii de servicii de medicină dentară care au acordat servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază persoanelor care nu îndeplineau calitatea de asigurat contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea serviciilor medicale și a medicamentelor cu și fără contribuție personală acordate de alți furnizori

aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pe baza biletelor de trimitere și/sau a prescripțiilor medicale eliberate de către acești medici. Sumele obținute din aceste încasări se vor folosi la întregirea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.“

29. În anexa nr. 15, la punctul V articolul 8, punctul 21) va avea următorul cuprins:

„21) să acorde servicii medicale atât asiguraților, cât și cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene — titulari ai cardului european de asigurări de sănătate numai pe bază de bilet de trimitere;“.

30. În anexa nr. 15, la punctul X articolul 17 alineatul (2), litera c) va avea următorul cuprins:

„c) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 15), 16), 18), 19), 21) și 22), a obligației prevăzute la art. 46 alin. (6) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.842/2006, cu modificările ulterioare, precum și la constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale casei de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate;“.

31. În anexa nr. 16, la capitolul 1 litera B punctul 1, subpunctul 1.1 va avea următorul cuprins:

„1.1. — serviciile medicale de la pct. 2 lit. a)—o);“.

32. În anexa nr. 16, la capitolul 1 litera B punctul 2, după litera n) se introduce o nouă literă, litera o), cu următorul cuprins:

„o) Monitorizare și management hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice — 180 lei“.

33. În anexa nr. 17, la litera A articolul 9, alineatul (2) va avea următorul cuprins:

„(2) Spitalele vor acoperi cheltuielile privind investigațiile paraclinice pentru bolnavii internați efectuate în alte unități spitalicești sau în unități ambulatorii de specialitate, în situațiile în care spitalul respectiv nu deține dotarea necesară, cu încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli aprobat.“

34. În anexa nr. 17, la litera A, articolul 17 va avea următorul cuprins:

„Art. 17. — Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, precum și cu medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către medicii ce-și desfășoară activitatea în aceste unități. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 37.“

35. În anexa nr. 17, la litera B articolul 21, alineatul (2) va avea următorul cuprins:

„(2) Modalitatea de plată a serviciilor de hemodializă este tarif pe serviciu medical.“

Tariful pe serviciu medical include toate cheltuielile aferente acestui serviciu, inclusiv cheltuielile pentru medicamente și materiale sanitare specifice, precum și transportul dializaților de la centrul de dializă până la domiciliul acestora și retur, cu excepția cheltuielilor aferente serviciilor de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al persoanei respective, de la și la domiciliu.“

36. În anexa nr. 17, la litera B articolul 21, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (6), cu următorul cuprins:

„(6) Transportul nemedicalizat al asiguratului de la centrul de dializă până la domiciliu acestuia și retur, în vederea efectuării hemodializei în unități sanitare publice sau centre pilot, poate fi efectuat de furnizorii de servicii de hemodializă autorizați și evaluați, potrivit legii, sau, după caz, de unități specializate autorizate și evaluate și de unități autorizate în acest sens conform legii, pe baza contractului încheiat cu furnizorii de servicii medicale.“

37. În anexa nr. 20, la punctul III articolul 2, alineatul (1) va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă pe baza recomandării de internare din partea medicului de familie, a medicului de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, a medicilor din unitățile de asistență medico-socială care au încheiat convenții cu casele de asigurări de sănătate în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate, precum și a medicilor care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, care au încheiat convenții cu casele de asigurări de sănătate în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale, bolilor cu potențial endemo-epidemic care necesită izolare și tratament, internărilor obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuți la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și a celor dispuse prin ordonanța procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale.“

38. În anexa nr. 21, la capitolul 1 litera C punctul III, punctul 15 va avea următorul cuprins:

„15. Transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluat în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al persoanei respective, de la și la domiciliu; transportul copiilor dializați cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani și a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluat în centrele de dializă de adulți se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își au domiciliul persoanele dializate și unitățile medicale specializate aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate din județul de domiciliu.“

39. În anexa nr. 22, articolul 6 va avea următorul cuprins:

„Art. 6. — Serviciile de transport al copiilor cu vârsta cuprinsă între 0—18 ani și al persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluat în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alte județe decât cel de domiciliu al persoanei respective, de la centrul de dializă până la domiciliul acesteia și retur, se contractează și se decontează distinct din fondul aprobat cu destinația serviciilor medicale de hemodializă și dializă peritoneală, cu respectarea tuturor condițiilor de contractare și decontare aferente celorlalte servicii de transport sanitar.“

40. În anexa nr. 22, articolul 7, litera c) va avea următorul cuprins:

„c) ambulanțe tip A1, A2 — ambulanțe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienți (A2), consultațiilor de

urgență la domiciliu pentru urgențe medico-chirurgicale de gradul 2;“.

41. În anexa nr. 26, la punctul V litera B articolul 7, după litera r) se introduce o literă nouă, litera s), cu următorul cuprins:

„s) să raporteze serviciile care fac obiectul contractului de furnizare de servicii medicale prin utilizarea aplicației «sistem informatic unic integrat», potrivit instrucțiunilor cuprinse în manualul de utilizare.“

42. În anexa nr. 26, la punctul X articolul 14 alineatul 2), litera e) va avea următorul cuprins:

„e) la a doua constatare a nerespectării termenului de 5 zile lucrătoare pentru remedierea oricăreia dintre situațiile prevăzute la art. 7 lit. e), f), i), j), k) și s);“.

43. În anexa nr. 30, la articolul 1, alineatul (2) va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință și care nu sunt înscrși la un medic de familie din localitatea unde se află unitatea de învățământ, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris.“

Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 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 de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, 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. 1.841/2006 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, 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, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, 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 de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul de convenție este cel prevăzut în anexa nr. 36.

Prin *medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești* se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, cabinete integrate în structura spitalelor teritoriale și finanțate de la bugetul de stat.

44. În anexa nr. 30, la articolul 2, alineatul (1) va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3—5 zile în afecțiuni acute, de 8—10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecțiuni oncologice și pentru stări posttransplant, cuprinși în programul național cu scop curativ, pentru care perioada poate fi de până la 90 de zile. Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicația pentru maximum 30 de zile.”

45. În anexa nr. 30, la articolul 7, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

„(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI prevăzute în sublista A și B asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință/prețul de decontare al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru care sunt stabilite prețuri de decontare;”

46. În anexa nr. 30, la articolul 10, alineatul (1) va avea următorul cuprins:

„Art. 10. — (1) Farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidențe distincte pentru fiecare sublistă. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări de sănătate.

Farmaciile întocmesc câte un borderou centralizator distinct pentru DCI-urile prevăzute în grupa de boală diabet zaharat și boli de nutriție — G21*), pentru medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, pentru medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, pentru medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ, și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupei/grupelor de boli cronice pentru care aprobarea se dă de către comisia/comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform Hotărârii Guvernului nr. 1.841/2006.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute la grupa de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție — G21*), pentru medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, pentru

medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant și pentru medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ.”

47. În anexa nr. 30, la articolul 11 punctul 1, prima teză a literei c) va avea următorul cuprins:

„c) eliberarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente următoarelor grupe de boli cronice: bolile psihice — G15*), demențe — G16*), bolnavi cu proceduri intervenționale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare — stent — G3*), leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapati monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne — G10*), se face prin acele farmacii selecționate ca urmare a negocierii adaosului comercial.”

48. În anexa nr. 30, la articolul 11 punctul 2, prima teză a literei a) va avea următorul cuprins:

„2. a) Eliberarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescrise în cadrul tratamentului următoarelor grupe de boli cronice: hepatită cronică de etiologie virală cu HVB și HCV — G4*), ciroză hepatică — G7*), poliartrită reumatoidă și artropatia psoriazică — G18*), spondilită anchilozantă — G19*), acromegalia — tumori hipofizare cu expansiune supraselară — G22*), boala Gaucher — G29*), DCI-uri nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. 1.841/2006, se face prin acele farmacii aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și selecționate ca urmare a negocierii adaosului comercial pentru medicamentele necesare în tratamentul acestor boli.”

49. În anexa nr. 30, la articolul 11, punctul 4 va avea următorul cuprins:

„4. Eliberarea medicamentelor antidiabetice orale prescrise pentru tratamentul grupei de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție — G21*), medicamentelor antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant și a medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ, se face prin farmaciile care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și încheie în acest sens acte adiționale distincte la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Farmaciile încheie acte adiționale pentru eliberarea medicamentelor antidiabetice orale prescrise pentru tratamentul grupei de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție — G21*) și/sau medicamentelor antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici și/sau medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant și/sau medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se repartizează în mod egal la farmacii, stabilindu-se în acest sens o valoare orientativă a actelor adiționale.

Actele adiționale se adaptează după modelul de contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și valoarea orientativă a

acestora nu intră în valoarea totală de contract a farmaciei.“

50. În anexa nr. 30, la articolul 11, punctul 5 va avea următorul cuprins:

„5. Pentru echilibrarea repartizării sumelor pe farmacii în funcție de adresabilitate, casele de asigurări de sănătate repartizează lunar prin acte adiționale diferența de 15 % din fondul aprobat cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate ce nu a fost contractată, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamentele cu și fără contribuție personală până la sfârșitul anului.

Repartizarea diferenței de 15% din fondul aprobat cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate ce nu a fost contractată se realizează potrivit prevederilor art. 12, începând cu data de 15 a lunii pentru luna curentă, la farmaciile care și-au epuizat valoarea lunară de contract.“

51. În anexa nr. 30, la articolul 13, alineatul (3) va avea următorul cuprins:

„(3) Stabilirea valorii contractate pentru eliberarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente următoarelor grupe de boli cronice: bolile psihice — G15*), demențe — G16*), bolnavi cu proceduri intervenționale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare — stent — G3*), leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne — G10*), se face similar prevederilor de la alin. (2), cu condiția acceptării adaosului comercial negociat inițial de casele de asigurări de sănătate cu farmaciile selecționate.“

52. În anexa nr. 30, articolul 14 va avea următorul cuprins:

„Art. 14. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează farmaciile medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute la grupa de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție — G21*), medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant și medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ, eliberate la nivelul realizat, modificându-se în mod corespunzător valoarea actelor adiționale, cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul caselor de asigurări de sănătate pentru subprogramele respective.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează farmaciilor medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prevăzute la grupele de boli cronice hepatită cronică de etiologie virală cu HVB și HCV — G4*), ciroză hepatică — G7*), poliartrită reumatoidă și artropatia psoriazică — G18*), spondilită anchilozantă — G19*), acromegalia — tumori hipofizare cu expansiune supraselară — G22*), boala Gaucher — G29*), eliberate la nivelul realizat, modificându-se în mod corespunzător valoarea actelor adiționale, cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinație la nivelul caselor de asigurări de sănătate.“

53. În anexa nr. 31, la punctul V litera A articolul 6, litera d) va avea următorul cuprins:

„d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care a încheiat contracte, în limita valorii contractate, contravaloarea medicamentelor eliberate cu și fără contribuție personală sau, după caz, la nivelul realizat pentru medicamentele antidiabetice orale, pentru medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentelor pentru tratamentul stării

posttransplant, medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ, și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupei/grupelor de boli cronice pentru care aprobarea se dă de către comisia/comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform Hotărârii Guvernului nr. 1.841/2006 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, pentru care s-a stabilit valoarea de contract orientativă în limita sumelor alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.842/2006;“.

54. În anexa nr. 31, la punctul V litera B articolul 7, litera a) va avea următorul cuprins:

„a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, inclusiv cu medicamente la preț de referință și la preț de decontare;“.

55. În anexa nr. 31, la punctul V litera B articolul 7, litera d) va avea următorul cuprins:

„d) să verifice prescripțiile medicale cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă în vederea eliberării acestora și decontării contravalorii medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate;“.

56. În anexa nr. 31, la punctul V litera B articolul 7, după litera d) se introduce o nouă literă, litera d¹), cu următorul cuprins:

„d¹) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.842/2006, cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;“.

57. În anexa nr. 31, la punctul V litera B articolul 7, a doua teză a literei l) va avea următorul cuprins:

„în cazul medicamentelor antidiabetice orale, medicamentelor antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentelor pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ, și al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupei/grupelor de boli cronice pentru care aprobarea se dă de către comisia/comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform Hotărârii Guvernului nr. 1.841/2006, valorile de contract sunt orientative;“.

58. În anexa nr. 31, la punctul V litera B articolul 7, litera r) va avea următorul cuprins:

„r) să depună în primele 15 zile calendaristice ale lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, în limita valorii de contract; pentru medicamentele antidiabetice orale, medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al

bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ, și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupei/grupelor de boli cronice pentru care aprobarea se dă de către comisia/comisiile constituită/constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform Hotărârii Guvernului nr. 1.841/2006, decontarea se face la nivelul realizat, cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate; să raporteze lunar la casa de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract, la datele de 15 și 30/31 ale fiecărei luni, valoarea medicamentelor eliberate în prima, respectiv a doua jumătate a lunii respective.“

59. În anexa nr. 31, la punctul V litera B articolul 7, litera t) va avea următorul cuprins:

„t) să elibereze medicamentele la prețurile cele mai mici și numai cu acordul asiguratului să elibereze medicamentele din cadrul aceluiși DCI la prețuri mai mari decât prețurile de referință.“

60. În anexa nr. 31, la punctul VI, articolul 8 va avea următorul cuprins:

„Art. 8. — Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal și a datei de emisie a acestora. În situația în care pe același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă.

Pentru medicamentele antidiabetice orale corespunzătoare DCI-urilor din grupa de boală cronică diabet zaharat și boli de nutriție — G21, medicamentele antidiabetice de tipul insulinelor pentru bolnavii diabetici, medicamentele pentru tratamentul stării posttransplant, medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, acordate în tratamentul bolnavilor cuprinși în programul național cu scop curativ, cât și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform Hotărârii Guvernului nr. 1.841/2006, pentru care se completează prescripții distincte, farmaciile întocmesc câte un borderou centralizator distinct.“

61. În anexa nr. 31, la punctul IX articolul 17 alineatul (2), litera d) va avea următorul cuprins:

„d) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurii de diminuare a valorii de contract lunare pentru nerespectarea programului de lucru comunicat la casă și menționat în prezentul contract; pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 de câte 3 ori în cursul unui an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/punct de lucru din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;“.

62. În anexa nr. 31, la punctul IX articolul 17 alineatul (2), litera h) va avea următorul cuprins:

„h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 lit. d¹), i), j), k) și p).“

63. În anexa nr. 31, la punctul IX, după articolul 19 se introduce un nou articol, articolul 19¹, cu următorul cuprins:

„Art. 19¹. — Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/puncte de lucru, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 17 alin. (2) lit. d), e) și f) — pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), l) și q) ale art. 7 — și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 17 alin. (2) lit. g) — pentru nerespectarea prevederilor de la lit. f) și r) ale art. 7 — se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 17 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 18 și 19 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv punctelor de lucru, după caz.“

64. În anexa nr. 32, literele B și C vor avea următorul cuprins:

„B. Dispozitive pentru protezare stomii

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen înlocuire
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set/lună (30 buc.)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set/lună (15 buc.)
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie: flanșă suport și sac colector	1 set/lună*)
		b) pentru urostomie: flanșă suport și sac colector	1 set/lună*)

*) Un set este alcătuit din 4 flanșe suport și 15 saci colectori.

Observație: se va prescrie doar unul dintre sistemele A sau B pentru fiecare tip.

C. Dispozitive pentru incontinență urinară

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen înlocuire
C1	C2	C3	C4
1.	Condom urinar		1 set/lună (30 buc.)
2.	Sac colector de urină		1 set/lună (6 buc.)
3.	Sondă Foley		1 set/lună (4 buc.)
4.	Dispozitiv pentru plasarea de benzi intravaginale și pentru incontinență urinară		

65. În anexa nr. 33, la articolul 1, alineatul (3) va avea următorul cuprins:

„(3) Prescripția medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoțită de audiograma tonală liminară și audiograma vocală, eliberate de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat sau de un furnizor de dispozitive medicale autorizat și evaluat pentru protezare auditivă care se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta.“

66. În anexa nr. 33, articolul 4 va avea următorul cuprins:

„Art. 4. — Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, unul dintre membrii familiei (părinți, soț/soție, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluați, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate și prescripția medicală. În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoțită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiași furnizor și celelalte taloane.“

67. În anexa nr. 33, la articolul 6, a doua teză a alineatului (3) va avea următorul cuprins:

„Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate după protezarea auditivă de un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat sau de un furnizor de dispozitive medicale autorizat și evaluat pentru protezare auditivă, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.“

68. În anexa nr. 33, la articolul 6, a doua teză a alineatului (4) va avea următorul cuprins:

„În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.“

69. În anexa nr. 33, la articolul 6, alineatul (6) va avea următorul cuprins:

„(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate O.R.L., pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.“

70. În anexa nr. 34, la punctul I, teza a doua va avea următorul cuprins:

„furnizorul de dispozitive medicale, prin reprezentantul legal, cu Certificatul de înregistrare*) seria, codul unic de înregistrare nr., având sediul social în localitatea, str. nr., telefon, fax, contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr., deschis la Banca,

dovada de evaluare pentru sediul social nr. /data, dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. /data, certificatul/certIFICATELE de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătății Publice și/sau declarația de conformitate EC emisă de producător, după caz, avizul de funcționare și/sau certificatul de înregistrare al producătorului de dispozitive medicale, după caz, emis de Ministerul Sănătății Publice, dovada de răspundere civilă în domeniul medical, valabilă pe toată perioada derulării contractului, lista prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;

*) Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, act de înființare conform prevederilor legale în vigoare.“

71. În anexa nr. 34, la punctul V litera B articolul 6, litera f) va avea următorul cuprins:

„f) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării prețurilor de referință ale dispozitivelor medicale, prețurile de vânzare cu amănuntul ale dispozitivelor medicale, însoțite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătății Publice și/sau declarația de conformitate EC emisă de producător, după caz, și care trebuie să fie aceleași cu cele din lista prețurilor de vânzare cu amănuntul pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate prezentată la contractare;“

72. În anexa nr. 34, la punctul V litera B articolul 6, litera h) va avea următorul cuprins:

„h) să emită, în vederea decontării, facturile însoțite de: copia certificatului de garanție, declarația de conformitate pentru dispozitivele la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat sau de un furnizor de dispozitive medicale autorizat și evaluat pentru protezare auditivă, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, după caz, talonul lunar pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinență urinară, fotoliile rulante și aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice sau a verificării după reparare, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate și a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poștă și primirea la domiciliu; cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;“

73. În anexa nr. 34, la punctul VI articolul 10, teza a treia a alineatului (1) va avea următorul cuprins:

„Furnizorii de proteze auditive vor atașa audiogramele efectuate după protezare auditivă de către un furnizor de servicii medicale autorizat și evaluat sau de un furnizor de dispozitive medicale autorizat și evaluat pentru protezare auditivă, aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.“

74. În anexa nr. 34, la punctul VI articolul 10, a doua teză a alineatului (2) va avea următorul cuprins:

„În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.“

75. În anexa nr. 34, la punctul VI articolul 10, alineatul (4) va avea următorul cuprins:

„(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate O.R.L., pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală și vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte și după protezare. În cazul în care asiguratul nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.“

76. În anexa nr. 34, la punctul IX articolul 15 alineatul (2), litera c) va avea următorul cuprins:

„c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care nu deține certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătății Publice și/sau declarația de conformitate EC emisă de producător, după caz;“

77. Titlul anexei nr. 36 va avea următorul cuprins:

„CONVENȚIE“

privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală“

78. În anexa nr. 36, la punctul II, articolul 1 va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — Obiectul prezentei convenții îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, în vederea recunoașterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2007, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.842/2006, și normelor metodologice de aplicare a acestuia.“

79. În anexa nr. 36, la punctul II, articolul 2 va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale școlare/studentești pentru elevi, respectiv studenți, dacă nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie sau în situația în care cabinetul medicului de familie nu se află în aceeași localitate cu unitatea de învățământ respectivă;

b) medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt incluse pe lista unui medic de familie;

c) medicii din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate pentru copiii încredințați ori dați în plasament, dacă nu sunt înscriși pe lista unui medic de familie;

d) medicii din alte instituții de ocrotire socială, dacă persoanele instituționalizate nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

f) medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești pentru elevi, respectiv studenți, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești;

b) medicii din căminele de bătrâni;

c) medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap;

d) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

e) medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică;

b) medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pentru radiografie dentară retroalveolară și panoramică, pentru elevi, respectiv studenți.

(4) Prin *medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești* menționați la alin. (1), (2) și (3) se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, cabinete integrate în structura spitalelor teritoriale și finanțate de la bugetul de stat.“

80. În anexa nr. 36, la punctul IV, articolul 4 va avea următorul cuprins:

„Art. 4. — Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau care eliberează prescripții medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală au următoarele obligații:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidențialitatea datelor și informațiilor privitoare la certificatele de concediu medical eliberate asiguraților;

c) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condițiile care au stat la baza încheierii convenției;

d) să pună la dispoziție organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau a eliberării prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului;

f) să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiții:

— medicii din cabinetele medicale școlare și studențești prescriu medicamente în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile, pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință și care nu sunt înscrși la un medic de familie din localitatea unde se află unitatea de învățământ; medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris;

— medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile și numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru elevi, respectiv studenți;

— medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie;

— medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 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 care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu;

— medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, conform specializării și numai ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 3 zile.“

81. Explicația asteriscului din finalul anexei nr. 36 va avea următorul cuprins:

„*) Modelul de convenție se va adapta în funcție de obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală.

Pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pentru medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor de urgență ce sunt finanțate din bugetul de stat, precum și pentru medicii din cabinetele medicale școlare și studențești și medicii de medicină dentară și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studențești, cabinete integrate în structura spitalelor teritoriale și finanțate de la bugetul de stat, modelul de convenție se va adapta în sensul încheierii convenției între casa de asigurări de sănătate și unitatea sanitară în care își desfășoară activitatea medicii din structurile anterior menționate.“

82. În anexa nr. 37, punctul I va avea următorul cuprins:

„I. Părțile convenției
Casa de Asigurări de Sănătate
cu sediul în municipiul/orașul, str.
nr., județul/sectorul, telefon/fax,
reprezentată prin președinte-director general,
și

— Unitatea medico-socială, reprezentată prin, cu autorizație sanitară de funcționare nr. din, având sediul în municipiul/orașul/comuna, str. nr., județul/sectorul, telefon

— Spitalul (sau altă unitate sanitară cu paturi autorizată și evaluată pentru acordarea de servicii medicale spitalicești), cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, având actul de înființare sau de organizare nr., autorizația sanitară de funcționare nr., dovada de evaluare nr., codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete medicale de boli infecțioase, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării contractului nr.“

83. În anexa nr. 37, la punctul II, articolul 2 va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitalicești se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

2. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală și staționar de zi, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

2. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

c) medicii din cabinetele de planificare familială care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr./.....

2. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația
de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului
Medicilor din România nr. /.....

d) medicii din cabinete medicale de boli infecțioase care
se află în structura spitalului ca unități fără personalitate
juridică:

1. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația
de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului
Medicilor din România nr. /.....

2. Mediul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația
de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului
Medicilor din România nr. /.....

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația
de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului
Medicilor din România nr. /.....

2. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația
de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului
Medicilor din România nr. /.....

3. Medicul (nume, prenume),
CNP, cod parafă, Autorizația
de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului
Medicilor din România nr. /.....“

**84. În anexa nr. 37, la punctul IV, partea introductivă a
articolului 4 și litera b) vor avea următorul cuprins:**

„Art. 4. — Unitățile medico-sociale și furnizorul de
servicii medicale spitalicești au următoarele obligații:

b) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și
informațiilor privitoare la asigurați, precum și demnitatea și
intimitatea acestora;“.

**85. În anexa nr. 37, la punctul V articolul 5, litera b) va
avea următorul cuprins:**

„b) ridicarea de către organele în drept a autorizației
de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului
Medicilor din România a/al medicului care eliberează
bilete de trimitere pentru servicii medicale spitalicești; în
situația în care convenția cu unitatea medico-
socială/spitalul se încheie pentru mai mulți medici,
ridicarea de către organele de drept a autorizației de
liberă practică/certificatului de membru al Colegiului
Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la
rezilierea convenției, ci doar la excluderea din convenție a
medicului respectiv;“.

**86. În anexa nr. 37, la punctul V articolul 6, litera a) va
avea următorul cuprins:**

„a) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a
casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat
convenție;“.

**87. În finalul anexei nr. 37 se introduce o notă cu
următorul cuprins:**

„NOTĂ:

Modelul de convenție se va adapta în funcție de
obiectul convenției, respectiv eliberarea biletelor de
internare de către medicii din unitățile medico-sociale sau
de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de
sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și
staționar de zi, cabinete de planificare familială, cabinete
medicale de boli infecțioase, care se află în structura
spitalului ca unități fără personalitate juridică.“

Art. II. — Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul
Oficial al României, Partea I, și are aplicabilitate începând
cu luna aprilie 2007.

Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR

„Monitorul Oficial“ R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea“ București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, E-mail: marketing@ramo.ro, Internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23
Tiparul: „Monitorul Oficial“ R.A.



5 948368 152892