



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 180 (XXIV) — Nr. 500

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 20 iulie 2012

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
	HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
651.	— Hotărâre pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012	2–12
	ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
45.	— Ordin al președintelui Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor pentru modificarea anexei nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 1.214/2009 privind metodologia pentru stabilirea și plata despăgubirilor ce se cuvin proprietarilor de animale tăiate, ucise sau altfel afectate în vederea lichidării rapide a focarelor de boli transmisibile ale animalelor	13
172.	— Ordin al ministrului administrației și internelor privind organizarea și desfășurarea programelor de reconversie profesională a polițiștilor la nivelul Ministerului Administrației și Internelor	14–16

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I. — Hotărârea Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 893 din 30 decembrie 2010, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 7 alineatul (4), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) în baza contractelor negociate și încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate, precum și între furnizorii privați de servicii de dializă: hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz;”.

2. La articolul 8, după alineatul (3) se introduc trei noi alineate, alineatele (3¹)—(3³), cu următorul cuprins:

„(3¹) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

(3²) Sumele nedecontate pentru medicamentele și materialele sanitare utilizate în programele naționale de sănătate în tratamentul ambulatoriu eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și sumele nedecontate pentru servicii de dializă efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

(3³) Angajamentele legale aferente medicamentelor și materialelor sanitare utilizate pentru fiecare program național în tratamentul ambulatoriu eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și pentru servicii de dializă, efectuate în luna decembrie, la nivelul casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz, nu pot depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an.”

3. După articolul 8 se introduc 8 noi articole, articolele 8¹— 8⁸, cu următorul cuprins:

„Art. 8¹. — (1) Unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național cu scop curativ au următoarele obligații:

a) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram național de sănătate, potrivit destinației acestora;

b) să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale și bănești;

c) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram și pe subdiviziunile clasificăției bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;

d) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/

materialelor sanitare din cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să asigure bolnavilor tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

f) să achiziționeze, în condițiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ-valorice, în condițiile legii;

g) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate, cu evidențe distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, în limita fondurilor stabilite cu această destinație;

h) să asigure acordarea serviciilor medicale și tratamentul specific afecțiunilor cuprinse în programele naționale de sănătate asiguraților fără nicio discriminare;

i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale (cumulat de la începutul anului) și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza codurilor numerice personale, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate;

j) să depună lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare distincte;

l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, precum și de servicii de suplere renală, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

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

n) să informeze asigurații cu privire la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate;

o) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

p) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

q) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor de sănătate;

r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamentele ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate aferente tratamentului ambulatoriu, după caz, care este formular cu regim special, unic pe țară, dacă din motive justificate nu poate fi utilizată prescrierea medicală electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate aferente tratamentului ambulatoriu, de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele 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;

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale conform dispozițiilor legale;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

ț) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia, în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare;

u) să raporteze consumul de medicamente/materiale sanitare ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare.

(2) Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în lista C — secțiunea C2 din 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, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI), cu prioritate la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a

asiguratului și înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare;

d) să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării de către casele de asigurări de sănătate a contravalorii medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările și completările ulterioare, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ: factură și alte documente justificative prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările și completările ulterioare; 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 conform prevederilor lit. u);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în condițiile reglementărilor legale în vigoare;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida CNAS și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării Generale Naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciștilor din România și a Codului deontologic al farmacistului, în relațiile cu asigurații;

l) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina de web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește potrivit prevederilor legale în vigoare;

m) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract;

n) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii «anulat», în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală;

q) să asigure prezența unui farmacist în farmacie pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și materialele sanitare specifice ce se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în bugetul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate și afișat de aceasta pe site;

s) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

ș) să elibereze medicamentele și materialele sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, la nivelul prețului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați; în cazul în care prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât prețul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asigurați, numai cu acordul și la solicitarea acestora, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției;

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

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor și materialelor sanitare eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

v) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

x) să se afle pe toată perioada de derulare a contractului de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală;

y) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege farmacia care derulează programele naționale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor — farmacia/oficina, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciștii și asistenții de farmacie) care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

aa) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia, în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare în cadrul programelor de sănătate cu scop curativ; medicamentele/materialele sanitare menționate anterior, eliberate în alte condiții, nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ab) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea de medicamente/materiale sanitare eliberate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/ sub-programelor naționale de sănătate.

(3) Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate au următoarele obligații:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/ subprograme naționale de sănătate și ale asiguratului referitoare la actul medical;

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul unor programe naționale de sănătate; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit machetelor de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

f) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate, inclusiv lunar, trimestrial și anual, machetele de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, conform prevederilor legale în vigoare;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este cel utilizat în cadrul contractului de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, program asumat prin contractul încheiat și care se depune la casa de asigurări de sănătate, la dosarul de contractare;

i) programul de lucru va avea avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naționale de sănătate;

l) să asigure serviciile medicale paraclinice care se acordă asiguraților în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate fără nicio discriminare;

m) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

n) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

o) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice pentru dozarea hemoglobinei glicozilate la bolnavi cu diabet zaharat medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

p) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice pentru investigațiile PET-CT medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului și, periodic, cel puțin o dată pe lună, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

q) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicul diabetolog 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;

ș) să efectueze investigația PET-CT numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

t) să verifice biletele de trimitere/decizia de aprobare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ț) să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator;

u) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

v) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

w) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

x) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative — facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice — cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul — investigații medicale paraclinice raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

y) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, care să acopere cel puțin o normă/zi (7 ore), respectiv a 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;

z) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;

aa) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele dozărilor hemoglobinei glicozilate efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

ab) să consemneze rezultatele și să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor PET-CT, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului;

ac) să transmită lunar, odată cu raportarea, documentele necesare în vederea decontării prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările și completările ulterioare;

ad) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele

menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate;

af) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor.

(4) Furnizorii de servicii de dializă aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru furnizare de servicii de dializă au următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile în conformitate cu Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare, precum și cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și să utilizeze numai medicamente și materiale sanitare, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

b) să furnizeze serviciile pacienților asigurați cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita numărului de bolnavi pe tipuri de dializă și a valorii de contract;

c) să furnizeze serviciile pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 al Consiliului din 21 martie 1972 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1.408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu salariații și cu membrii familiilor acestora care se deplasează în interiorul Comunității de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene sau ale Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenția și raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane;

d) să solicite documente care să ateste că pacienții sunt asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

e) să pregătească și să depună la autoritățile relevante rapoartele cerute de normele de dializă potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să angajeze personalul de specialitate în proporție cu cerințele minimale de personal prevăzute în normele de dializă și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

g) să respecte atât criteriile medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât și criteriile de calitate a serviciilor de dializă, în conformitate cu art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

h) să ofere relații asiguraților despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să

acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

i) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

j) să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;

k) să stabilească și să respecte programul de activitate, să îl afișeze la loc vizibil și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

l) să anunțe casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de dializă, în maximum două zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și la modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

m) să informeze pacienții cu privire la pachetul de servicii de bază și la obligațiile sale în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

n) să permită personalului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

o) să răspundă de efectuarea și de calitatea transportului nemedical al pacienților pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, prevăzuți în contract, precum și de transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare pentru pacienții cu dializă peritoneală: continuă sau automată, prevăzuți în contract;

p) să organizeze evidența indicatorilor de performanță ai tratamentului elaborați de comisia de specialitate a Ministerului Sănătății și să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;

q) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original, în două exemplare, și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

r) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;

s) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale legislației subsecvente în acest domeniu;

ș) să anunțe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienți noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează conform prevederilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

t) să îndeplinească condițiile suspensive în termenul prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Art. 82. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 81 alin. (1) și în contractele încheiate de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național cu scop curativ atrage aplicarea unor

sanctiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

d) nerespectarea obligației prevăzute la art. 8¹ alin. (1) lit. u) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 8¹ alin. (1) lit. u) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 7% față de procentul prevăzut la lit. d), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 8¹ alin. (2) lit. a)—c), e)—h), j)—w) și y)—aa), se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment la prima constatare;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 8¹ alin. (2) lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei convenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(5) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, precum și pentru nerespectarea de către aceștia a obligațiilor prevăzute la art. 8¹ alin. (3) lit. b), e)—g), k)—m) și q)—r), se va diminua contravaloarea serviciilor medicale aferente lunii în care s-au produs aceste situații după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 8¹ alin. (3) lit. a), c), j), n), s) și ș), precum și faptul că serviciile raportate de către acești furnizori conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor

medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 8¹ alin. (4) lit. c)—f), h)—j), l)—m) și p)—ș), se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(8) Reținerea sumelor conform alin. (1)—(7) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național cu scop curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reținerea sumei conform alin. (2)—(4) se aplică la nivel de farmacie.

(9) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1)—(7) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național cu scop curativ.

(10) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1)—(7), casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

(11) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1)—(7).

Art. 8³. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv casele de asigurări de sănătate, după caz, aflate în relații contractuale cu furnizori de servicii de dializă, au următoarele obligații:

a) încheie contracte cu furnizorii de dializă autorizați și evaluează, în condițiile legii;

b) monitorizează activitatea și calitatea serviciilor efectuate de furnizor, incluzând, dar fără a se limita la monitorizarea sistemului de control intern al calității și evidențele furnizorului;

c) urmărește derularea contractului și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de furnizor;

d) decontează furnizorului serviciile contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de declarația de servicii lunară privind activitatea realizată, în urma verificării și validării acestora de către casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) monitorizează numărul serviciilor medicale furnizate; trimestrial se reevaluează volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;

f) verifică scriptic și faptic modul de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de furnizor în baza contractului;

g) efectuează controlul serviciilor de dializă efectuate de furnizori.

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relații contractuale cu furnizorii pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național cu

scop curativ, denumiți *furnizori*, au obligațiile prevăzute la alin. (1), precum și următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor, 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 conform Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările și completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național cu scop curativ suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze prin structurile de specialitate și, după caz, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor/subprogramelor de sănătate pentru anii 2011 și 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările și completările ulterioare;

f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/investigațiilor paraclinice, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea, precum

și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

h) să ducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere.

Art. 84. — (1) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă farmacia nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului pentru furnizarea de medicamente/materiale sanitare în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate cu scop curativ;

b) dacă din motive imputabile farmaciei aceasta își întrerupe activitatea pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) dacă farmacia evaluează înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 82 alin. (2); pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 82 alin. (2) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 82 alin. (2), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 81 alin. (2) lit. a)—c), e)—h), j)—w) și y)—aa); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 81 alin. (2) lit. b), nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau materialelor sanitare eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate conform contractelor

încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

j) eliberarea de medicamente în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate cu scop curativ de către farmaciile excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

(2) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale paraclinice nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite 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;

f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 81 alin. (3) lit. a), c), j), n), s) și ș), precum și a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 81 alin. (3) lit. b), e)—h), k)—m) și r);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 81 alin. (3) lit. y), pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului național de sănătate;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 81 alin. (3) lit. x);

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 81 alin. (3) lit. o), ț)—u), w), aa)—ab) și ae);

m) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 82 alin. (5), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 82 alin. (6); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 82 alin. (5) de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 82 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă se reziliază deplin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii de dializă nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de dializă;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar sau expirarea dovezii de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

d) în cazul în care se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului național de sănătate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 81 alin. (4) lit. n);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 81 alin. (4) lit. a), b), g), k), o) și t).

(4) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate se reziliază deplin drept ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție

personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, încheiate între aceleași părți în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 85. — (1) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate încetează în condițiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, încheiate între aceleași părți în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 86. — (1) Contractul pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național cu scop curativ, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate cu scop curativ; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secției/secțiilor care derulează programe/subprograme de sănătate cu scop curativ, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ; suspendarea contractului

pentru finanțarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești;

(2) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național cu scop curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

Art. 87. — Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare (farmacii cu circuit deschis) se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ; suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 81 alin. (2) lit. z), în condițiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

c) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

Art. 88. — Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ; suspendarea operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 81 alin. (3) lit. af), în condițiile în care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum și a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

c) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.”

4. La articolul 11, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea la nivelul prețului de decontare prevăzut la alin. (4), fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați.”

5. La articolul 11, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (5¹), cu următorul cuprins:

„(5¹) În cazul în care prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât prețul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asigurați, numai cu acordul și la solicitarea acestora, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia. În acest sens farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției.”

6. La articolul 11, alineatul (10) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(10) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA, tuberculoză, unele boli rare, boli endocrine, cuprinși în unele programe naționale de sănătate, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală/condică medicală. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripții/file de condică se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator și rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.”

7. După articolul 11 se introduce un nou articol, articolul 11¹, cu următorul cuprins:

„Art. 11¹. — (1) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea în tratamentul ambulatoriu a medicamentelor cu și fără contribuție personală, precum și a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate; modelul prescripției medicale electronice și normele metodologice privind utilizarea și modul de completare a acesteia se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor/materialelor sanitare ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate, utilizând prescrierea electronică, se stabilesc prin Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările și completările ulterioare. Prescrierea electronică a medicamentelor/materialelor sanitare ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate se face on-line și numai în situații justificate prescrierea se face off-line. Prescrierea electronică off-line se face de la data prevăzută în norme.

(3) Începând cu data de 1 iulie 2012 toți furnizorii de servicii medicale și medicamente/materiale sanitare specifice, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligați să utilizeze prescripția medicală electronică pentru

medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate, în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data prevăzută în normele metodologice menționate la alin. (1), în situații justificate, prescrierea medicamentelor/materialelor sanitare specifice se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special — off-line.

(4) Un medic nu poate prescrie unui asigurat în tratamentul ambulatoriu medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate, utilizând în același timp prescripția medicală electronică și prescripția medicală cu regim special.

(5) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în normele metodologice menționate la alin. (1).

(6) Furnizorii de servicii medicale, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de asigurări de sănătate, au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare obligația prevăzută anterior, aceștia au obligația să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract, prescripțiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea.

(7) În situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la alin. (6), furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de asigurări de sănătate au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligația să raporteze la casa de asigurări de sănătate, la data prevăzută în contract, în format electronic, prescripțiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu data de 1 iulie 2012.

(8) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligației prevăzute la alin. (6), se aplică următoarele sancțiuni:

a) avertisment — pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a valorii de contract aferente lunii respective exprimate în lei pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

(9) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligației prevăzute la alin. (7), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(10) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (8) și (9) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (8) lit. b) și alin. (9) depășește prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(11) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (8) și (9) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de

sănătate pentru derularea programelor naționale de asigurări de sănătate în tratamentul ambulatoriu.

(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (8) și (9), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate și pe fiecare medic prescriptor.”

8. La articolul 12, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrați se asigură în baza contractelor de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente.”

9. La articolul 18, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru realizarea activităților prevăzute la alin. (1), precum și a celor din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului finanțate de la bugetul de stat și/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, pentru care se organizează achiziții publice la nivel național, furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, alte instituții publice și organizații guvernamentale și neguvernamentale, precum și autoritățile administrației publice locale pot primi produsele achiziționate în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică.”

10. La articolul 20, litera c) se abrogă.

11. La anexă, la litera A „Programe naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ finanțate din bugetul Ministerului Sănătății” punctul IV „Programele naționale privind bolile netransmisibile” punctul 2 „Programul național de oncologie”, nota de subsol a subpunctului 2.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„*) Se derulează până la epuizarea stocurilor.”

12. La anexă, la litera A „Programe naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ finanțate din bugetul Ministerului Sănătății” punctul IV „Programele naționale privind bolile netransmisibile” punctul 6 „Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță”, după subpunctul 6.5 se

introduce un nou subpunct, subpunctul 6.6, cu următorul cuprins:

„6.6. Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos”.

13. La anexă, la litera B „Programe naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ, finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate” titlul „Structură” punctul I „Programele naționale de sănătate cu scop curativ”, subpunctul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„6. Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice”.

14. În anexă, la litera B „Programe naționale de sănătate de evaluare, profilactice și cu scop curativ, finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate” titlul „Structură” punctul I „Programele naționale de sănătate cu scop curativ” subpunctul 9 „Programul național de ortopedie”, după litera c) se introduce o nouă literă, litera d), cu următorul cuprins:

„d) bolnavilor cu patologii tumorale, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală.”

Art. II. — În tot cuprinsul Hotărârii Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012, cu modificările și completările ulterioare, sintagma „cod numeric personal” se înlocuiește cu sintagma „cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz”.

Art. III. — (1) Prevederile art. I pct. 3 se aplică contractelor ce vor fi încheiate de către furnizori cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate, după data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

(2) Contractele pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate încheiate de către furnizori cu casele de asigurări de sănătate/ Casa Națională de Asigurări de Sănătate, aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, se pot modifica în mod corespunzător cu obligațiile și sancțiunile prevăzute la art. I pct. 3, prin încheierea de acte adiționale, cu acordul părților.

PRIM-MINISTRU

VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

Vasile Cepoi

Viceprim-ministru,

ministrul finanțelor publice,

Florin Georgescu

București, 27 iunie 2012.

Nr. 651.

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

AUTORITATEA NAȚIONALĂ SANITARĂ VETERINARĂ ȘI PENTRU SIGURANȚA ALIMENTELOR

ORDIN

pentru modificarea anexei nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 1.214/2009 privind metodologia pentru stabilirea și plata despăgubirilor ce se cuvin proprietarilor de animale tăiate, ucise sau altfel afectate în vederea lichidării rapide a focarelor de boli transmisibile ale animalelor

Văzând Referatul de aprobare nr. 2.893 din 30 mai 2012, întocmit de către Direcția generală sanitară veterinară și pentru siguranța lanțului alimentar din cadrul Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor, având în vedere prevederile art. 2 și 24 din Legea nr. 150/2004 privind siguranța alimentelor și a hranei pentru animale, republicată,

ținând cont de prevederile art. 6³ și ale art. 10 lit. b) din Ordonanța Guvernului nr. 42/2004 privind organizarea activității sanitar-veterinare și pentru siguranța alimentelor, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 215/2004, cu modificările și completările ulterioare,

în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 341/2012 pentru aprobarea acțiunilor sanitar-veterinare cuprinse în Programul acțiunilor de supraveghere, prevenire, control și eradicare a bolilor la animale, a celor transmisibile de la animale la om, protecția animalelor și protecția mediului, de identificare și înregistrare a bovinelor, suinelor, ovinelor și caprinelor, a acțiunilor prevăzute în Programul de supraveghere și control în domeniul siguranței alimentelor, precum și a tarifelor maxime aferente acestora pentru anul 2012, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 3 alin. (3) și al art. 4 alin. (3) din Hotărârea Guvernului nr. 1.415/2009 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor și a unităților din subordinea acesteia, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor emite următorul ordin:

Art. I. — Anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 1.214/2009 privind metodologia pentru stabilirea și plata despăgubirilor ce se cuvin proprietarilor de animale tăiate, ucise sau altfel afectate în vederea lichidării rapide a focarelor de boli transmisibile ale animalelor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 741 din 30 octombrie 2009, se modifică și se înlocuiește cu anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Autoritatea Națională Sanitară Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor, institutele veterinare centrale și direcțiile sanitar-veterinare și pentru siguranța alimentelor județene, respectiv a municipiului București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. III. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Autorității Naționale Sanitare Veterinare și pentru Siguranța Alimentelor,
Mihai Țurcanu

București, 15 iunie 2012.
Nr. 45.

ANEXĂ
(Anexa nr. 1 la Hotărârea Guvernului nr. 1.214/2009)

LISTA

cuprinzând bolile pentru care se acordă despăgubiri

- | | |
|--|---|
| 1. Tuberculoza bovină | 16. Pesta ecvină |
| 2. Febra aftoasă | 17. Pesta rumegătoarelor mici |
| 3. Leucoza enzootică bovină | 18. Pesta aviară (influența aviară) |
| 4. Turbarea* | 19. Stomatita veziculoasă |
| 5. Paratuberculoza** | 20. Pleuropneumonia contagioasă a bovinelor |
| 6. Bruceloza bovină | 21. Boala veziculoasă a porcului |
| 7. Encefalopatiile spongiforme transmisibile ale rumegătoarelor; | 22. Dermatoza nodulară contagioasă a bovinelor |
| encefalopatia spongiformă a bovinelor, scrapia | 23. Variola ovină și caprină |
| 8. Pesta porcine clasică | 24. Bluetongue**** |
| 9. Anemia infecțioasă ecvină | 25. Febra Văii de Rift |
| 10. Boala Aujeszky*** | 26. Furunculoza salmonidelor |
| 11. Salmonelozele aviare | 27. Iersinioza salmonidelor |
| 12. Loca americană și bolile virotice ale albinelor | 28. Septicemia hemoragică virală a salmonidelor |
| 13. Varooza albinelor | 29. Necroza hematopoietică infecțioasă |
| 14. Pesta porcine africană | 30. Trichineloză***** |
| 15. Pesta bovină | |

* În caz de confirmare a unui focar de rabie se acordă despăgubiri pentru animale de interes economic ucise și animalele receptive la rabie din grădinile zoologice autorizate sanitar-veterinar, altele decât carnișierele sălbatice.

** Cu excepția animalelor din comerț intracomunitar/import din țări terțe cu reacții pozitive la testele efectuate pe perioada de așteptare sau carantină.

*** Doar specia porcine.

**** Bluetongue — denumită boala limbii albastre și febra catarală ovină.

***** În cazul sacrificărilor pentru consum familial.

MINISTERUL ADMINISTRAȚIEI ȘI INTERNELOR

ORDIN**privind organizarea și desfășurarea programelor de reconversie profesională a polițiștilor la nivelul Ministerului Administrației și Internelor**

Având în vedere prevederile art. 71 alin. (3) din Legea nr. 360/2002 privind Statutul polițistului, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul dispozițiilor art. 7 alin. (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/2007 privind organizarea și funcționarea Ministerului Administrației și Internelor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 15/2008, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul administrației și internelor emite următorul ordin:

Art. 1. — Reconversia profesională a polițiștilor constituie procesul instituționalizat prin care se realizează, la cerere, consilierea, recalificarea și sprijinul pentru dobândirea unor competențe sau/și calificări necesare pentru schimbarea profesiei sau ocupației, în vederea facilitării accesării unui nou loc de muncă pe piața muncii.

Art. 2. — Beneficiar al măsurilor de reconversie profesională este polițistul al cărui raport de serviciu cu Ministerul Administrației și Internelor (MAI) încetează fără a îndeplini condițiile legale pentru a i se acorda pensie în sistemul public de pensii, denumit în continuare *personal beneficiar*, aflat în una dintre următoarele situații:

a) în urma reorganizării activității MAI sau a unei unități de poliție ori a reducerii unor posturi de natura celui ocupat de polițistul respectiv, nu există posibilitatea de a fi încadrat într-o funcție similară în aceeași unitate sau în alte unități;

b) și-a pierdut parțial capacitatea de muncă în perioada cât a avut calitatea de polițist în structurile MAI, devenind inapt pentru serviciul polițienesc.

Art. 3. — (1) Programele de reconversie profesională constau, după caz, în:

a) cursuri de calificare, recalificare, perfecționare sau alte forme de pregătire profesională, pentru care sunt obținute autorizațiile necesare, organizate în cadrul instituțiilor de învățământ ale MAI, respectiv în centrele de perfecționare a pregătirii personalului MAI, denumite în continuare *instituții de formare profesională ale MAI*;

b) cursuri de formare de scurtă durată și alte servicii specializate în vederea reorientării profesionale, organizate de către MAI în colaborare cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale — Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă, pe baza protocoalelor încheiate în acest sens;

c) cursuri de calificare, recalificare, perfecționare sau alte forme de pregătire profesională organizate de alte ministere, instituții ori persoane juridice de drept privat autorizate, pe baza convențiilor încheiate în acest sens.

(2) În instituțiile de formare profesională ale MAI, reconversia profesională se realizează prin cursuri de scurtă durată, organizate în conformitate cu oferta instituțională cuprinsă în Planul anual de reconversie profesională și în raport cu opțiunile personalului beneficiar al programelor de reconversie profesională privind calificarea/recalificarea profesională.

(3) Organizarea programelor de reconversie profesională se realizează de către MAI astfel:

a) în următoarele 6 luni după adoptarea măsurilor de reorganizare instituțională, pentru situațiile prevăzute la art. 2 lit. a);

b) după apariția situației prevăzute la art. 2 lit. b).

Art. 4. — Activitățile preliminare organizării programelor de reconversie profesională se asigură de către MAI prin structurile de resurse umane din unitățile în care a fost încadrat personalul

beneficiar sau, după caz, prin structurile de resurse umane care asigură activitatea de gestiune a resurselor umane pentru unitățile în care a fost încadrat personalul beneficiar și constau în:

a) informarea asupra prevederilor existente în actele normative de nivel superior și în reglementările în vigoare aplicabile MAI referitoare la reconversia profesională;

b) consilierea și orientarea cu privire la alegerea programului și a formei de pregătire profesională;

c) susținerea pentru calificarea/recalificarea/perfecționarea/specializarea în alte profesii/ocupații, precum și orientarea pentru dobândirea cunoștințelor și deprinderilor necesare desfășurării unor activități economice pe baza liberei inițiative, potrivit opțiunilor individuale și în raport cu cerințele pieței muncii.

Art. 5. — (1) La nivelul MAI, pentru realizarea programelor prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. a) se elaborează anual, până la data de 15 noiembrie, prin grija Direcției generale management resurse umane (DGMRU), Planul anual de reconversie profesională.

(2) Planul anual de reconversie profesională cuprinde cursurile de calificare, recalificare, perfecționare sau, după caz, alte forme de pregătire profesională organizate în cadrul instituțiilor de formare profesională ale MAI care constituie oferta instituțională în cadrul procesului de reconversie profesională pentru anul viitor celui în care se elaborează respectivul document.

(3) Documentul prevăzut la alin. (1) se întocmește pe baza propunerilor instituțiilor de formare profesională ale MAI, ținând seama de resursele umane și materiale disponibile, dar și de oferta locurilor de muncă existentă pe piața muncii.

Art. 6. — (1) Structurile implicate în procesul de reconversie profesională cu atribuții privind gestionarea personalului beneficiar, denumite în continuare *structuri desemnate*, sunt următoarele:

a) DGMRU pentru unitățile aparatului central al MAI, structurile subordonate acestora și Oficiul Responsabilului cu Protecția Datelor Personale;

b) structurile de resurse umane care asigură gestionarea personalului din cadrul inspectoratelor generale/similare și subordonate ori, după caz, aflate în coordonarea acestora, precum și pentru structurile/instituțiile din subordinea MAI.

(2) DGMRU elaborează, cu sprijinul structurilor MAI cu atribuții în domeniu, proiectele protocoalelor de colaborare, respectiv ale convențiilor ce urmează să fie încheiate cu autoritățile și instituțiile publice menționate la art. 3 alin. (1), denumite în continuare *parteneri de reconversie profesională*.

(3) Structurile desemnate pot iniția demersuri, în limita fondurilor alocate unităților în cadrul cărora funcționează, pentru încheierea convențiilor având ca obiect furnizarea serviciilor de

pregătire profesională prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. c) cu autoritățile, instituțiile publice ori persoanele juridice de drept privat autorizate.

Art. 7. — (1) Structurile desemnate au, în principal, următoarele atribuții:

a) iau în evidență personalul care urmează să beneficieze sau care a beneficiat de reconversia profesională și completează Centralizatorul privind evidența personalului beneficiar al programelor de reconversie profesională, conform modelului prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin;

b) aduc la cunoștința personalului beneficiar condițiile accesării dreptului la reconversie profesională, precum și oferta instituțională cuprinsă în Planul anual de reconversie profesională;

c) centralizează solicitările de calificare/recalificare profesională a personalului beneficiar;

d) orientează personalul beneficiar către instituțiile de formare profesională ale MAI sau, după caz, partenerii de reconversie profesională cu care s-au încheiat protocoale ori, după caz, convenții;

e) înaintează instituțiilor de formare profesională ale MAI sau, după caz, partenerilor de reconversie profesională lista cu opțiunile personalului beneficiar pentru urmarea programelor de reconversie profesională;

f) desemnează persoanele responsabile pentru menținerea legăturii cu instituțiile de formare profesională ale MAI, respectiv cu partenerii de reconversie profesională cu care s-au încheiat protocoale sau, după caz, convenții;

g) colaborează cu partenerii de reconversie profesională în vederea asigurării realizării serviciilor prevăzute în protocoalele, respectiv convențiile încheiate cu aceștia;

h) colaborează cu partenerii de reconversie profesională în vederea soluționării eventualelor probleme identificate pe parcursul derulării protocoalelor, respectiv a convențiilor încheiate;

i) organizează împreună cu partenerii de reconversie profesională întâlniri de lucru în vederea realizării obiectivelor protocoalelor, respectiv ale convențiilor încheiate;

j) primesc de la personalul desemnat solicitările personalului beneficiar care a fost încadrat în unități teritoriale fără structuri de resurse umane;

k) urmăresc finalizarea cursurilor prevăzute la art. 3 alin. (1) lit. c) și obținerea documentelor de absolvire.

(2) Personalul responsabil pentru gestionarea procesului de reconversie profesională se desemnează prin dispoziție a șefului structurii desemnate sau superioare, cu modificarea în mod corespunzător a atribuțiilor de serviciu prevăzute în fișa postului.

(3) Structurile desemnate sau, după caz, persoanele desemnate potrivit alin. (2) au obligația de a aduce la cunoștința personalului beneficiar perioada de organizare și instituția organizatoare a programului de reconversie profesională și a formei de pregătire profesională aleasă.

(4) Semestrial, structurile desemnate prevăzute la art. 6 alin. (1) lit. b) transmit DGMRU situația nominală a personalului care a beneficiat de programe de reconversie profesională, precum și modalitatea de finalizare a acestora.

Art. 8. — (1) Pentru a beneficia de programele de reconversie profesională organizate de MAI, personalul beneficiar trebuie să își exprime intenția de a urma o formă de pregătire profesională printr-o solicitare scrisă adresată structurilor desemnate. În cazul prevăzut la art. 2 lit. a), solicitarea trebuie depusă în interiorul termenului prevăzut la art. 3 alin. (3) lit. a).

(2) Opțiunile exprimate în condițiile alin. (1) se transmit de către structura desemnată instituțiilor de formare profesională care organizează respectivele programe de reconversie profesională, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare de la data primirii acestora, împreună cu următoarele informații:

a) data formulării solicitării privind urmarea programului de reconversie profesională;

b) data încetării raporturilor de serviciu.

(3) În termen de 20 de zile lucrătoare de la primirea opțiunilor exprimate în condițiile alin. (2), instituțiile de formare profesională ale MAI au obligația să informeze structura desemnată solicitantă cu privire la disponibilitățile de organizare a programelor de reconversie profesională pentru care personalul beneficiar a optat, perioadele în care vor fi organizate respectivele programe și numărul de locuri alocate.

(4) După primirea comunicării prevăzute la alin. (3), structura desemnată comunică personalului beneficiar programul de reconversie profesională, instituția de formare profesională a MAI organizatoare, precum și datele relative la perioada și locația organizării programului de reconversie profesională și la forma de pregătire profesională.

(5) În cazul în care numărul solicitărilor depășește numărul de locuri alocate programului de reconversie profesională organizat de instituțiile de formare profesională ale MAI, selecția se face în ordinea cronologică a:

a) datei de încetare a raporturilor de serviciu;

b) datei formulării solicitării privind urmarea unui program de reconversie profesională;

c) datei transmiterii către instituția de formare profesională organizatoare a solicitărilor în condițiile alin. (2).

(6) În cazul în care, după aplicarea criteriilor prevăzute la alin. (5), personalul beneficiar prevăzut la art. 2 lit. a) care a optat pentru un program de reconversie profesională organizat în condițiile art. 3 alin. (1) lit. a) nu poate participa, acesta va fi îndrumat către agențiile județene pentru ocuparea forței de muncă, potrivit arondării, respectiv către partenerii de reconversie profesională cu care s-au încheiat protocoale ori convenții.

(7) La finalizarea programelor de reconversie profesională, instituțiile de formare profesională ale MAI comunică structurilor desemnate situația absolvirii respectivelor programe de către personalul beneficiar.

Art. 9. — MAI poate atrage pentru susținerea reconversiei profesionale a polițiștilor și alte surse de finanțare interne sau externe, în cadrul unor programe dezvoltate în acest scop.

Art. 10. — La data intrării în vigoare a prezentului ordin, prevederile Ordinului ministrului de interne nr. 323/2002 privind reconversia profesională a personalului Ministerului Administrației și Internelor¹ își încetează aplicabilitatea în ceea ce privește categoria de personal reprezentată de polițiști.

Art. 11. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul administrației și internelor,

Ioan Rus

București, 13 iulie 2012.

Nr. 172.

¹ Ordinul ministrului de interne nr. 323/2002 privind reconversia profesională a personalului Ministerului Administrației și Internelor nu a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, deoarece are ca obiect reglementări din sectorul național de apărare, ordine publică și siguranță națională.

CENTRALIZATOR
privind evidența personalului beneficiar al programelor de reconversie profesională

Nr. crt.	Datele de identificare ale personalului beneficiar al programelor de reconversie profesională	Gradul profesional deținut la încetarea raporturilor de serviciu	Opțiunea pentru urmarea programelor de reconversie profesională	Programul de reconversie profesională ales	Perioada organizării programului de reconversie profesională	Modalitatea de finalizare a programului de reconversie profesională

EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI



„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. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, 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. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72
 Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

