



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 183 (XXVII) — Nr. 208

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Luni, 30 martie 2015

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
205. — Hotărâre privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015	2–23
206. — Hotărâre privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016	24–46
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
2.152. — Ordin al ministrului culturii pentru acreditarea Muzeului Militar Național „Regele Ferdinand I”	47
ACTE ALE ASOCIAȚIEI NAȚIONALE A EVALUATORILOR AUTORIZAȚI DIN ROMÂNIA	
1. — Hotărâre pentru aprobarea situațiilor financiare pentru anul 2014 și a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2015	47
2. — Hotărâre privind aprobarea „Standardelor de evaluare — ANEVAR” obligatorii pentru desfășurarea activității de evaluare	48

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

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

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

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

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

„Art. 3. — (1) Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate și în limitele prevăzute de legislația în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.”

2. Articolul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 10. — (1) Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, comunică termenele de depunere/transmitere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.

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

(3) Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență.”

3. La articolul 11, alineatele (1) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 11. — (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii, pe baza facturii și documentelor justificative stabilite conform prevederilor legale în vigoare, care se depun/transmit și se înregistrează la casele de asigurări de sănătate în luna următoare celei pentru care se face raportarea activității realizate.

(3) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.”

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

„Art. 18. — (1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma «conform cu originalul» și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.”

5. La articolul 18, după alineatul (2) se introduc patru noi alineate, alineatele (3), (4), (5) și (6), cu următorul cuprins:

„(3) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale depun o declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Dispozițiile alin. (3) nu sunt aplicabile pentru situațiile prevăzute de prezenta hotărâre și normele metodologice de aplicare a acesteia, precum și pentru situațiile rezultate ca urmare a desfășurării activității specifice proprii de către furnizori.

(5) În situația în care se constată de către autoritățile/organele abilitate, ca urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute la alin. (3), contractul se reziliază de plin drept.

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

6. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera A, punctul 1, subpunctul 1.5 de la primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.5. servicii de prevenție;”

7. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera A, punctul 1, subpunctul 1.1.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

8. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera A, punctul 1, subpunctele 1.5 și 1.6 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1.5. Serviciile de prevenție — consultație preventivă;

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

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

9. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera B, punctul 1, subpunctul 1.3 de la primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.3. consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și leuziei;”

10. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera B, punctul 1, subpunctul 1.4 de la primul paragraf se abrogă.

11. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera B, punctul 1, subpunctul 1.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

12. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera B, punctul 1, subpunctul 1.4 se abrogă.

13. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera C, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

14. În anexa nr. 1, la capitolul I, litera C, punctul 1, subpunctul 1.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

a) urgență medico-chirurgicală;

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

15. În anexa nr. 1, la capitolul I, în tabelul de la litera E, codurile 6 și 7 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

16. În anexa nr. 1, la capitolul I, punctele 1 și 2 sub tabelul de la litera E se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

17. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, după subpunctul 1.5 de la primul paragraf se introduce un nou subpunct, subpunctul 1.6, cu următorul cuprins:

„1.6. servicii de administrare de medicamente”

18. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, partea introductivă de la subpunctul 1.1.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

19. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, subpunctul 1.1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

20. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, subpunctul 1.1.4.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

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

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

21. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, subpunctul 1.2.5.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la pct. 1.2.5 lit. a) sau serviciile prevăzute la pct. 1.2.5 lit. a) și b) și se acordă maximum două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.”

22. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, subpunctul 1.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

23. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, subpunctul 1.3.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

24. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, subpunctul 1.4.1, după litera b) se introduce o nouă literă, litera c), cu următorul cuprins:

„c) spirometrie”.

25. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, subpunctul 1.5 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

26. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera A, punctul 1, după subpunctul 1.5.1 se introduce un nou subpunct, subpunctul 1.6, cu următorul cuprins:

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

27. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1.5 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- consilierea femeii privind planificarea familială;
- indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;
- evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar;
- tratamentul complicațiilor.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la pct. 1.5 lit. a) sau serviciile prevăzute la pct. 1.5 lit. a), b), c) și d) și se acordă patru consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5.3. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.”

28. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, după subpunctul 1.7 de la primul paragraf se introduce un nou subpunct, subpunctul 1.8, cu următorul cuprins:

„1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și leluzei”.

29. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.1.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

30. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.2, după a 8-a liniuță se introduce o nouă liniuță, cu următorul cuprins:

„— bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, după caz;”.

31. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.2.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

32. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctele 1.3.1, 1.3.2 și 1.3.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

33. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.3.4.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.3.4.2. Pentru situațiile de la subpct. 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere.”

34. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, la litera A din tabelul de la subpunctul 1.6.2, după numărul curent 19 se introduce un nou număr curent, numărul curent 20, cu următorul cuprins:

„20	Recoltare material bioptic”
-----	-----------------------------

35. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, la litera B din tabelul de la subpunctul 1.6.2, numerele curente 5 și 9 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„5	audiogramă*) *) Include audiometrie tonală liminară și/sau vocală.
----	---

9	tensiune arterială continuă — holter TA”
---	--

36. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, la litera C din tabelul de la subpunctul 1.6.2, numărul curent 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1	examen electroencefalografic cu ac”
----	-------------------------------------

37. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, la litera D din tabelul de la subpunctul 1.6.2, după numărul curent 33 se introduce un nou număr curent, numărul curent 34, cu următorul cuprins:

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

38. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, la litera E din tabelul de la subpunctul 1.6.2, numărul curent 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„9	terapia chirurgicală complexă a panarițului osos, articular, tenosinoyal”
----	---

39. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, după litera J din tabelul de la subpunctul 1.6.2 se introduce o nouă literă, litera K, cu următorul cuprins:

„K. Terapii de genetică medicală	
1	Sfat genetic”

40. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7, a 5-a liniuță se modifică și va avea următorul cuprins:

„— ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică.”

41. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7.1, litera a), după subpunctul a1.2) se introduce un nou subpunct, subpunctul a1.3), cu următorul cuprins:

„a1.3) psihoterapie pentru copii/adult;”.

42. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7.1, litera a), subpunctul a2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială — logoped:

— consiliere/intervenție de psihopedagogie specială — logoped”.

43. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7.1, litera b), subpunctele b1.1) și b1.2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic;

b1.2) consiliere psihologică clinică;”.

44. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7.1, litera b), subpunctul b2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială — logoped:

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

b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire — ședință.”

45. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7.1, litera c), subpunctul c1.3) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

46. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7.1, litera c), după subpunctul c2) se introduce un nou subpunct, subpunctul c3), cu următorul cuprins:

„c3) servicii furnizate de kinetoterapeut, numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică, pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist:

c3.1.) kinetoterapie individuală

c3.2.) kinetoterapie de grup

c3.3.) kinetoterapie pe aparate speciale:

— dispozitive mecanice

— dispozitive electromecanice

— dispozitive robotizate.”

47. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, subpunctul 1.7.1, partea introductivă de la litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică: (...)”

48. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera B, punctul 1, după subpunctul 1.7.3. se introduc două noi subpuncte, subpunctele 1.8 și 1.8.1, cu următorul cuprins:

„1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și lehozii — o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.8.1. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.”

49. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera C, punctul 1, subpunctele 1.3.1 și 1.3.3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

3.	Tratamentul afecțiunilor pulpăre cu anestezie
----	---

6.	Tratamentul paradontitelor apicale — prin incizie — cu anestezie
7.	Tratamentul afecțiunilor parodonțiului cu anestezie
8.	Extracția dinților temporari cu anestezie
9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie

13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă
	***) Se acordă o dată la 5 ani.

15.	Element acrilic
16.	Element metalo-acrilic
17.	Reconstituire coroană radiculară”

51. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, numerele curente 13 și 37 se abrogă.

52. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, numerele curente 77, 78 și 91 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

53. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, la secțiunea „Examinări histopatologice și citologice”, numerele curente 94—103 se abrogă.

54. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, la secțiunea „Examinări histopatologice și citologice”, se introduc 8 noi numere curente, numerele curente 104—111, cu următorul cuprins:

„104	2.9021_1	Examen histopatologic procedura completă HE — 1—3 blocuri
105	2.9021_2	Examen histopatologic procedura completă HE — 4—6 blocuri
106	2.9010_1	Examen histopatologic procedura completă HE și colorații speciale — 1—3 blocuri
107	2.9010_2	Examen histopatologic procedura completa HE* și colorații speciale — 4—6 blocuri
108	2.9030	Teste imunohistochimice
109	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii la parafină — 1—3 blocuri
110	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babeș-Papanicolau
111	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncție

55. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, numerele curente 4, 31 și 69 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

69	RMN gât nativ
----	---------------

56. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 4 se introduce un nou număr curent, numărul curent 4¹, cu următorul cuprins:

„4 ¹	Examen radiologic articulații sacro-iliace
-----------------	--

57. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 5 se introduce un nou număr curent, numărul curent 5¹, cu următorul cuprins:

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

58. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, numerele curente 6, 7, 8 și 9 se abrogă.

59. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 44 se introduce un nou număr curent, numărul curent 44¹, cu următorul cuprins:

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

60. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 50 se introduc două noi numere curente, numerele curente 50¹ și 50², cu următorul cuprins:

„50 ¹	CT mastoidă
50 ²	CT sinusuri

61. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 51 se introduc două noi numere curente, numerele curente 51¹ și 51², cu următorul cuprins:

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

62. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 67 se introduce un nou număr curent, numărul curent 67¹, cu următorul cuprins:

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

63. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 84 se introduce un nou număr curent, numărul curent 84¹, cu următorul cuprins:

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

64. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 89 se introduc două noi numere curente, numerele curente 89¹ și 89², cu următorul cuprins:

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

65. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera F, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

66. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera F, punctul 3, literalele c) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

67. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera F, la punctul 11, a patra liniuță se modifică și va avea următorul cuprins:

„— medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.”

68. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera F, punctul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

- a) pentru spitalizare continuă:
- naștere
 - urgențe medico-chirurgicale
 - boli cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament

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

— pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată – ani

— cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate

— transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire

— transferul interspitalicesc

— pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și de servicii medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României

b) pentru spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de:

- urgență medico-chirurgicală
- chimioterapie
- radioterapie
- administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
- monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA
- evaluare dinamică a răspunsului viro - imunologic
- monitorizare și tratament ale bolnavilor cu talasemie

- monitorizare a bolnavilor oncologici
- administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei
- monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor

— rezolvare a cazurilor care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate

— pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și de servicii medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.”

69. În anexa nr. 1, la capitolul II, litera G, punctul 2, subpunctul 2.6. se modifică și va avea următorul cuprins:

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

70. În anexa nr. 1, la capitolul II, în tabelul de la litera H, numerele curente 4, 8, 13, 18, 21 și 33 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală***)
	***) la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri medicale paliative
8.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție, inclusiv instruirea asiguratului/apartinătorului
13.	Îngrijirea plăgilor simple și/sau suprainfectate/suprimarea firelor
18.	Îngrijirea tubului de dren și instruirea asiguratului
21.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)
	***) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minimum două mijloace ajutoare pentru absorbția urinei/zi.
33.	Ventilație noninvazivă ****)
	****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii Somnologie — nivel I și II și în Ventilație non-invazivă — nivel III sau a medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă, medicului specialist de medicină de urgență, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu”

71. În anexa nr. 1, la capitolul II, în tabelul de la litera H, numerele curente 6, 14, 22 și 28 se abrogă.

72. În anexa nr. 1, la capitolul II, în tabelul de la litera H, după numărul curent 34 se introduce un nou număr curent, numărul curent 35, cu următorul cuprins:

„35	Kinetoterapie individuală”
-----	----------------------------

73. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, în tabelul de la punctul 3, numerele curente 2 și 5 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

74. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, sub tabelul de la punctul 3, după nota „****) se introduc două noi note, cu următorul cuprins:

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

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

75. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, în tabelul de la punctul 4, la numărul curent 5, după litera f) se introduce o literă nouă, litera g), cu următorul cuprins:

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

76. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, sub tabelul de la punctul 4, după nota de la punctul 4.3 se introduce un nou punct, punctul 4.4, cu următorul cuprins:

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

77. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, în tabelul de la punctul 6.3, la numărul curent 4, literele a) și b) se abrogă.

78. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, în tabelul de la punctul 6.3, la numărul curent 9, litera d) se abrogă.

79. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, punctul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

„10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

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

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

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

80. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, în tabelul de la punctul 11, la numărul curent 5, sintagma „perioadă determinată” din coloana c3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„perioadă determinată*)”.

81. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, înainte de nota de sub tabelul de la punctul 11 se introduce o nouă notă cu următorul cuprins:

„*) se acordă prin închiriere”.

82. În anexa nr. 1, la capitolul II, la litera K, punctul 13 se abrogă.

83. În anexa nr. 2, la articolul 2, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu

se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris;

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

85. În anexa nr. 2, la articolul 3, după litera ap) se introduce o nouă literă, litera aq), cu următorul cuprins:

„aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

86. În anexa nr. 2, la articolul 6, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice — efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate și/sau spirometrie — din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile stabilite prin norme. În situația în care nu este respectată condiția de efectuare a EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate, contravaloarea serviciilor decontate se recuperează de către casele de asigurări de sănătate”.

87. În anexa nr. 2, la articolul 17, partea introductivă a alineatului (1) și alineatul (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 17. — (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea prevederilor art. 11 alin. (2), se aplică următoarele sancțiuni:

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

prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

88. În anexa nr. 2, la articolul 22, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 22. — (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.”

89. În anexa nr. 2, la articolul 23, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

90. În anexa nr. 2, la articolul 24, literele f), l), s), aa), ah) și aj) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară — bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice — bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

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

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

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

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

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

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

91. În anexa nr. 2, la articolul 24, litera ak) se abrogă.

92. În anexa nr. 2, la articolul 24, după litera al) se introduce o nouă literă, litera am), cu următorul cuprins:

„am) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguratilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguratilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

93. În anexa nr. 2, la articolul 27, alineatul (3) se completează și va avea următorul cuprins:

„(3) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 21 alin. (2), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 30 alin. (2). Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. În sensul prezentului contract-cadru, prin *medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital* se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

94. În anexa nr. 2, la articolul 32 alineatul (2), litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

95. În anexa nr. 2, la articolul 32, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

96. În anexa nr. 2, la articolul 35 alineatul (2), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

„(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 24 lit. ab) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

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

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

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

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

98. În anexa nr. 2, la articolul 36, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

99. În anexa nr. 2, la articolul 41, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

„l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acută/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru

medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripția eliberându-se în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;

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

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

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

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

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

101. În anexa nr. 2, la articolul 42, după litera ak) se introduc două noi litere, literele al) și am), cu următorul cuprins:

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

am) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va

emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

102. În anexa nr. 2, la articolul 43, după litera f) se introduce o nouă literă, litera g), cu următorul cuprins:

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

103. În anexa nr. 2, la articolul 45, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 39 alin. (2), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 48 alin. (2). Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. În sensul prezentului contract-cadru prin *medicii de specialitate clinică — reabilitare medicală, cu integrare clinică într-un spital*, se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

104. În anexa nr. 2, după articolul 51 se introduce un nou articol, articolul 51¹, cu următorul cuprins:

„Art. 51¹. — (1) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de reabilitare medicală — serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

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

105. În anexa nr. 2, la articolul 52 alineatul (2), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

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

107. În anexa nr. 2, la articolul 53, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

108. În anexa nr. 2, la articolul 58, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

109. În anexa nr. 2, la articolul 59, literele l), q), x), z), ab) și ad) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

.....

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

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

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

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

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

110. În anexa nr. 2, la articolul 59, litera ac) se abrogă.

111. În anexa nr. 2, la articolul 59, după litera ad) se introduce o nouă literă, litera ae), cu următorul cuprins:

„ae) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

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

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

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

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

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

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

113. În anexa nr. 2, la articolul 68, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

114. În anexa nr. 2, la articolul 72, alineatele (10), (11) și (12) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(10) Furnizorii de servicii medicale paraclinice — analize medicale de laborator își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, cu excepția laboratoarelor de anatomie patologică/laboratoarelor de anatomie patologică organizate ca puncte de lucru din structura lor pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore/zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice — radiologie și imagistică medicală își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/laborator de radiologie-imagistică medicală organizat ca punct de lucru din structura sa. În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

(11) Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii. În sensul prezentului contract-cadru, prin *medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital* se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.

(12) Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice pot desfășura activitate în laboratoarele de investigații medicale paraclinice ale spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu și în laboratoarele organizate în cadrul centrului de sănătate multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceluiași spital, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat cu casa de asigurări de sănătate.”

115. În anexa nr. 2, la articolul 73 alineatul (1), după litera t) se introduc trei noi litere, literele Ț), u) și v), cu următorul cuprins:

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

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

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

116. În anexa nr. 2, la articolul 73, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

„ș) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și acte administrative necesare investigației;

ab) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi — 7 ore — programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore);

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

118. În anexa nr. 2, la articolul 74, după litera ak) se introduc trei noi litere, literele al), am) și an), cu următorul cuprins:

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

am) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin

semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

an) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate dovada efectuării controlului de calitate intern, pe nivele normale și patologice pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept.”

119. În anexa nr. 2, la articolul 77, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

120. În anexa nr. 2, la articolul 80, alineatul (2), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

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

121. În anexa nr. 2, la articolul 80, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

123. În anexa nr. 2, articolul 85 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 85. — Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu

prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de cronici și penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.”

124. În anexa nr. 2, la articolul 86 alineatul (1), litera o) se abrogă.

125. În anexa nr. 2, la articolul 86 alineatul (1), literele p) și q) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

126. În anexa nr. 2, la articolul 86, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

127. În anexa nr. 2, la articolul 87, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate se face de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.”

128. În anexa nr. 2, la articolul 88, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 88. — (1) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă, după caz, în funcție de tipul de spitalizare.”

129. În anexa nr. 2, la articolul 89, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 89. — (1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare

de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) situațiile prevăzute la cap. I lit. C pct. 1 și la cap. II lit. F pct. 12 din anexa nr. 1 la hotărâre.”

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

„c) suma aferentă programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

131. În anexa nr. 2, la articolul 90, alineatele (3) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

132. În anexa nr. 2, la articolul 90, alineatul (5) se abrogă.

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

„a) 9% pentru decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 100 și pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;”

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

„f) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

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

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

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

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și

preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.”

135. În anexa nr. 2, la articolul 92 alineatul (1), literele ap) și aq) se abrogă.

136. În anexa nr. 2, la articolul 93, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) suma aferentă programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractate cu această destinație;

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

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

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

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

139. În anexa nr. 2, la articolul 96, alineatele (3) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Decontarea cazurilor externe care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire — acut-acut sau cronic-cronic — pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat — DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, în condițiile stabilite prin norme.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire — acut-acut sau cronic-cronic — pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează — la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul — în procent de 10% din tariful pe caz rezolvat — DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10% din tariful pe zi de spitalizare, în condițiile stabilite prin norme."

140. În anexa nr. 2, la articolul 97, partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 97. — Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor art. 96, cu excepția sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, acoperite prin Programele naționale cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:"

141. În anexa nr. 2, la articolul 98, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 98. — (1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI — structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru medicamente — în limita listei prezentate la contractare — materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 97 lit. a), b) și c), cu excepția:

— medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate și medicamentelor pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate;

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

142. În anexa nr. 2, la articolul 102 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 102. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. a)—ae), ag)—al), ar)—aș) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:"

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

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

144. În anexa nr. 2, la articolul 102 alineatul (2), după litera b) se introduce o nouă literă, litera c), cu următorul cuprins:

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

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

„(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 92 alin. (1) lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

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

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

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

prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

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

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

147. În anexa nr. 2, la articolul 106, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

149. În anexa nr. 2, la articolul 116, după litera h) se introduce o nouă literă, litera i), cu următorul cuprins:

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

150. În anexa nr. 2, la articolul 118, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

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

152. În anexa nr. 2, la articolul 119, după litera w) se introduc cinci noi litere, literele x), y), z), aa) și ab), cu următorul cuprins:

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

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

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

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

ab) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu

valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

153. În anexa nr. 2, la articolul 120, după litera f) se introduce o nouă literă, litera g), cu următorul cuprins:

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

154. În anexa nr. 2, la articolul 124 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 124. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 119 lit. a)—c), e)—o), ș), t), v), w), z) și aa) se aplică următoarele sancțiuni:”.

155. În anexa nr. 2, la articolul 124, după alineatul (2) se introduc două noi alineate, alineatele (2¹) și (2²), cu următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

157. În anexa nr. 2, la articolul 125, literele d) și g) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz și de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

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

158. În anexa nr. 2, la articolul 129, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

160. În anexa nr. 2, la articolul 130, după litera ae) se introduce o nouă literă, litera af), cu următorul cuprins:

„af) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru

serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

161. În anexa nr. 2, la articolul 132, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

162. În anexa nr. 2, la articolul 135 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 135. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 130 lit. a)—u), w)—ac) și ae) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:”.

163. În anexa nr. 2, la articolul 135, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

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

164. În anexa nr. 2, la articolul 138, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Contractele se încheie de reprezentantul legal al societății farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficinile locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei

rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.”

165. În anexa nr. 2, la articolul 138, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) În cazul unei farmacii aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă deținătorul autorizației de funcționare, iar noul deținător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiția ca aceasta să își desfășoare activitatea la același sediu și în aceleași condiții avute în vedere la contractare. Noul deținător al autorizației de funcționare are obligația de a depune, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizației de funcționare de către Ministerul Sănătății, toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la excluderea farmaciei din contractul noului deținător al autorizației de funcționare cu casa de asigurări de sănătate.”

166. În anexa nr. 2, la articolul 140 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 140. — (1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților farmaceutice pentru farmaciile autorizate și evaluate pe care aceștia le reprezintă, precum și cu cei ai farmaciilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, pe baza următoarelor documente:”.

167. În anexa nr. 2, la articolul 140, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

168. În anexa nr. 2, la articolul 141, literele c), d), e), g), w) și ac) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în

perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

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

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

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

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

ac) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacia/oficina locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;”

169. În anexa nr. 2, la articolul 141, după litera ac) se introduc trei noi litere, literele ad), ae) și af), cu următorul cuprins:

„ad) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din

farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate; medicamentele din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

af) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.”

170. În anexa nr. 2, la articolul 143, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

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

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

(10) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (9) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.”

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

„(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

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

173. În anexa nr. 2, la articolul 146, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedepasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 145 alin. (7). Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești,

medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamentele cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în norme. Prin *medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești* se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.”

174. În anexa nr. 2, la articolul 147 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 147. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, se aplică următoarele sancțiuni:”

175. În anexa nr. 2, la articolul 147 alineatul (2), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

177. În anexa nr. 2, la articolul 148, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

178. În anexa nr. 2, la articolul 149, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

179. În anexa nr. 2, la articolul 150, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

180. În anexa nr. 2, la articolul 152, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

181. În anexa nr. 2, la articolul 153, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

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

ș) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea. Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale.”

183. În anexa nr. 2, la articolul 160 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 160. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 153 lit. a)—e), g)—m), o)—q) și s) se aplică următoarele măsuri:”.

184. În anexa nr. 2, după articolul 172 se introduce un nou articol, articolul 172¹, cu următorul cuprins:

„Art. 172¹. — (1) Prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face în condițiile prevăzute în norme.

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

(3) În situația nerespectării prevederilor alin. (2), se anunță organele abilitate potrivit legii.”

185. În anexa nr. 2, articolul 179 se abrogă.

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

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:

p. Ministrul finanțelor publice, interimar,

Enache Jiru,

secretar de stat

p. Ministrul sănătății,

Alin Iulian Tucmeanu,

secretar de stat

Ministrul pentru societatea informațională,

Sorin Mihai Grindeanu

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 48 alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Se aprobă programele naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, precum și structura și obiectivele acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

(2) Programele naționale de sănătate reprezintă, potrivit prevederilor art. 45 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, un ansamblu de acțiuni multianuale, orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică.

(3) Programele naționale de sănătate se derulează în mod distinct după cum urmează:

a) de către Ministerul Sănătății — programele naționale de sănătate publică;

b) de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate — programele naționale de sănătate curative.

Art. 2. — Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, denumite în continuare *norme tehnice*, se aprobă după cum urmează:

a) prin ordin al ministrului sănătății, pentru programele naționale de sănătate publică;

b) prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătății, pentru programele naționale de sănătate curative.

Art. 3. — (1) Programele naționale de sănătate publică se finanțează de la bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul de stat și din venituri proprii, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

(2) Programele naționale de sănătate curative se finanțează de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare *Fond*, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

(3) Sumele alocate programelor naționale de sănătate sunt aprobate anual prin legea bugetului de stat, potrivit prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

(4) Detalierea fondurilor menționate la alin. (1) și (2) pe programe naționale de sănătate publică, respectiv programe naționale de sănătate curative este prevăzută în normele tehnice.

Art. 4. — (1) Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin unități de specialitate, prevăzute în normele tehnice.

(3) Unitățile de specialitate sunt:

a) instituții publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale, pentru care se solicită avizul Ministerului

Sănătății, având în vedere rolul acestuia de autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică;

d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

(4) Programele naționale de sănătate publică derulate și finanțate de Ministerul Sănătății sunt prevăzute la lit. A din anexă.

Art. 5. — (1) Programele naționale de sănătate curative derulate și finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt prevăzute la lit. B din anexă.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări sociale de sănătate județene și a municipiului București, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, răspunde de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite structurii cu atribuții în elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății, trimestrial, anual și ori de câte ori este nevoie, indicatorii fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, precum și modul în care acestea sunt derulate.

Art. 6. — (1) Ministerul Sănătății repartizează direcțiilor de sănătate publică, unităților sanitare din rețeaua sanitară proprie, precum și instituțiilor din subordine fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă, în condițiile legii.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

Art. 7. — (1) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților de specialitate prin care acestea se implementează.

(2) Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli și execuția bugetului de venituri și cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate derulate.

(3) Sumele aprobate pentru derularea programelor naționale de sănătate publică se alocă lunar, la solicitările unităților de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, întocmite pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, în funcție de indicatorii realizați și în limita fondurilor aprobate cu această destinație, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(4) Sumele aprobate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, în funcție de indicatorii realizați și în limita fondurilor aprobate cu această destinație, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(5) Sumele prevăzute în bugetul Ministerului Sănătății pentru finanțarea programelor naționale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă se alocă după cum urmează:

a) instituțiilor publice și furnizorilor de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății, pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică și/sau asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate, după caz;

b) furnizorilor de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și furnizorilor de servicii medicale privați, în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică sau, după caz, cu instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății, după caz.

(6) Sumele prevăzute în bugetul Fondului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă se alocă în baza contractelor negociate și încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

(7) Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3), care sunt în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizarea de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz.

(8) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie și a Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:

a) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3) lit. b) și c) care se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești;

b) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3) lit. b) și c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă și care se află sau nu se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

(9) Unitățile de specialitate prevăzute la alin. (8) lit. b), în vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, trebuie să îndeplinească următoarele condiții de eligibilitate:

a) să fie organizați în una dintre formele legale prevăzute de acte normative în vigoare;

b) să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare

(10) În vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, unitățile de specialitate de la alin. (8) lit. b) au obligația de a depune documentele prevăzute în normele tehnice.

Art. 8. — (1) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2016.

(2) În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Angajamentele legale încheiate în exercițiul curent din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

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

(5) Sumele nedecontate pentru medicamentele și materialele sanitare specifice utilizate în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și sumele nedecontate pentru servicii de dializă și serviciile de radioterapie 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.

(6) Angajamentele legale aferente medicamentelor și materialelor sanitare specifice utilizate pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și pentru servicii de dializă, servicii de radioterapie, efectuate în luna decembrie, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu pot depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an.

(7) Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram național de sănătate.

Art. 9. — Unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative au următoarele obligații:

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

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

c) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ 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 specifice din cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să asigure bolnavilor tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit 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, la nivelul prețului de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare;

g) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale 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;

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

i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 15 zile 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/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

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/copii ale foilor de condică de medicamente 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, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

m) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

n) să informeze asigurații cu privire la derularea programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la faptul că numai medicamentele prevăzute în Lista 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern, se decontează din fond;

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 naționale de sănătate curative;

r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și

materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, să informeze asigurații prin medicii curanți/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

t) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate, 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/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz;

u) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la

art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

Pentru eliberarea medicamentelor să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată;

v) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;

w) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

x) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului de la data implementării acestuia;

y) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

z) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile și documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului;

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

ab) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

ad) să asigure servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice și altele asemenea pentru:

(i) pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

(ii) pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în situația în care serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice și altele asemenea sunt parte din serviciile cuprinse în Pachetul de

servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană;

(iii) titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pachet prevăzut de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

af) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ae), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice și altele asemenea, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare.

Art. 10. — 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 curative în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista C, secțiunea C2 din anexa la 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale 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 curative, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

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

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

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele tehnice cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, 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/să transmită caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în normele tehnice, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în normele tehnice; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul informatic unic integrat și cu datele raportate potrivit 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/subprograme naționale de sănătate curative, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, și să nu înlocuiască un produs biologic cu biosimilarul, fără recomandarea medicului;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit 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/subprograme naționale de sănătate curative, precum și la modul de utilizare a acestora, potrivit prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 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 web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește potrivit prevederilor legale în vigoare;

m) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative 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 specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii „anulat”, în fața primatorului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line, în condițiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare specifice din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare specifice 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 și la oficiile locale de distribuție 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 curative, 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/subprograme naționale de sănătate curative;

ș) să elibereze medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, la nivelul prețului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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/primatorului pe versoul prescripției;

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

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 curative, 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 specifice eliberate, potrivit machetelor solicitate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

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

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

x) să nu elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;

y) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege farmacia care a încheiat contract pentru furnizarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, potrivit 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, respectiv 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/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate, iar o copie a cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului împuternicitului se păstrează la farmacie; medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ab) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ac) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; asumarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată;

ad) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

(i) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului;

(ii) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

(iii) pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, și să raporteze lunar/trimestrial în

vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

af) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț.

Art. 11. — 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/subprograme naționale de sănătate curative 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 curative și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată potrivit contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative; 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 cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit machetelor de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin 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;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, potrivit 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 cu casa de asigurări de sănătate;

i) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în prezenta hotărâre și normele tehnice;

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/subprogramele naționale de sănătate curative;

l) să asigure serviciile medicale paraclinice care se acordă asiguraților în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative 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 platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, 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 medicale paraclinice pentru investigațiile PET-CT medicului care a făcut recomandarea, direct sau prin intermediul asiguratului, precum și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la solicitarea acesteia;

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, prevăzută în normele tehnice, care au eliberat biletele 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 verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

t) să efectueze investigația PET-CT numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experți de pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate; valabilitatea deciziei de aprobare este de 45 de zile calendaristice;

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, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

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

w) 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;

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

y) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale 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 potrivit contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați potrivit facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează potrivit legii instituțiile abilitate în acest sens;

z) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 6 ore;

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

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

ac) să transmită lunar, odată cu raportarea, documentele necesare în vederea decontării prevăzute în normele tehnice;

ad) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze, în vederea acordării serviciilor medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative; 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, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical organizate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;

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;

ag) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele/subprogramele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

ah) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ai) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

aj) să asigure acordarea de asistență medicală beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii;

al) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

am) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă);

an) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale paraclinice acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în

temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, respectiv pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

ao) să raporteze distinct, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, facturile pentru serviciile prevăzute la lit. an), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare.

Art. 12. — Furnizorii de servicii de dializă aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile de dializă potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, 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 specifice, 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 de dializă 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 incluși în program;

c) să furnizeze serviciile de dializă pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

d) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializă;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea.

Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

f) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

h) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislației în vigoare;

i) să ofere informații 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;

j) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

k) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

l) 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;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de dializă, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile lor în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

o) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale 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 specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; se raportează în vederea decontării bolnavii și serviciile de dializă aferente acestora, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;

q) 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;

r) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

s) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru programul național de sănătate pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia.

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

t) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

ț) 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;

u) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

v) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;

w) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de dializă contractate cu casele de asigurări de sănătate — facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;

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

y) 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;

z) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

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

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul programului;

ad) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

ae) 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 potrivit 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;

af) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;

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

ah) să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;

ai) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

aj) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ak) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 13. — Furnizorii de servicii de radioterapie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de radioterapie au următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și familiei și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificările și completările ulterioare, precum și să utilizeze numai aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

b) să furnizeze serviciile pacienților asigurați cuprinși în Subprogramul de radioterapie, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament;

c) să furnizeze serviciile beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

d) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de radioterapie;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

f) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de radioterapie, potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să angajeze personalul de specialitate potrivit cerințelor specifice de securitate radiologică în radioterapia medicală umană prevăzute în Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, Normele privind expertul în fizică medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 1.272/266/2006, precum și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

h) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislației în vigoare;

i) să ofere informații 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;

j) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

k) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

l) să stabilească și să respecte programul de activitate, să îl afișeze la loc vizibil; să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanță cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de radioterapie, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de radioterapie și la obligațiile lor în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

o) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modulului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului;

p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulată de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;

q) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale legislației subsecvente în acest domeniu;

r) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

s) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le îndeplinează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, potrivit prevederilor legale în vigoare;

t) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

ț) 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;

u) să asigure prezența unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical și a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă întregă pe zi programul unității de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie și de fizicianul medical care își desfășoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

v) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum și cele stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare;

w) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate — facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;

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

y) 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;

z) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

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

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de radioterapie în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii de radioterapie efectuate (inclusiv doza totală administrată);

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii de radioterapie și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul subprogramului;

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

ae) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

af) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

ag) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. af) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ah) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original 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;

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

aj) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 14. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 9 lit. a) — q), s) — t), u), x) — z), ab) — af) și în contractele încheiate de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, 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.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 lit. v) 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.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

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

(5) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflate 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 curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

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.

(6) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 10 lit. a) — f), h), j) — w), ab) și ad) — af) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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.

(7) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 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.

(8) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii medicale paraclinice, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(9) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. a) — c), e) — g), j) — r), ș), ț) — x) și ah) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(10) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. s), t) și aj) și/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(11) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. c), d), g), h), j), l), p), r) și ad) 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.

(12) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. ș) 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.

(13) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (12), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

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

(15) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv.

(16) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de dializă, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(17) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. i), k), n), q) și v)—aa) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(18) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(19) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah) și ai) 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.

(20) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 13 lit. ș) 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.

(21) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 13 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul

prevăzut la alin. (20), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

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

(23) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de radioterapie, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(24) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. i), k), q), n), x)—aa) și ad) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(25) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(26) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)—(25) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (5)—(7) se aplică la nivel de farmacie.

(27) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)—(25) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

(28) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1)—(25), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

(29) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)—(25) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(30) 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)—(4).

Art. 15. — (1) Casele de asigurări de sănătate aflate în relații contractuale cu furnizorii pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative, denumiți *furnizori*, au 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, precum și cu furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie 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, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit 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 de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum și cu privire 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 curative 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 proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, potrivit prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la data 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 curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice/investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

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

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), au obligația de a publica pe site-ul propriu, la termenul prevăzut în normele tehnice, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

Art. 16. — (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 curative, 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, potrivit 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 specifice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative;

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 evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare specifice neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) la prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (5); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societății farmaceutice/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății farmaceutice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/oficină locală de distribuție din structura sa, la prima

constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și potrivit 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) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (6); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare specifice 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 specifice eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate potrivit contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate, potrivit solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 10 lit. x).

(2) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), h) și j) — pentru nerespectarea prevederilor art. 10 lit. f), g), r), ț), u) și x) — se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

(3) 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 curative 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, potrivit 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 potrivit 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 faptului că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 11 lit. a)—c) și e)—n);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 11 lit. z), pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe 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 potrivit contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului național de sănătate curativ;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative 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. 11 lit. y);

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. aa), ae) și ak);

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (8) și (9), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 14 alin. (10); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe 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 sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (8) în cursul unui 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 în cursul unui an sancțiunile prevăzute la art. 14 alin. (8), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

(4) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă 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, potrivit 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 deciziei de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit 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; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) în cazul în care se constată că serviciile raportate potrivit 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 potrivit 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. 12 lit. o);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. a), b), h), p) și Ț);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (11).

(5) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de radioterapie 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, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, expirarea deciziei de evaluare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizației de utilizare eliberate de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare potrivit prevederilor Legii nr. 111/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit 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; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

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

e) refuzul furnizorului de servicii de radioterapie 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 potrivit contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de radioterapie în cadrul subprogramului 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. 13 lit. o);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. a), b), h), p) și Ț);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (19).

(6) 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 curative se reziliază de plin 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. 17. — (1) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice, servicii de dializă și servicii de radioterapie 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 specifice/servicii medicale paraclinice/servicii de dializă și servicii de radioterapie 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 specifice/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative 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. 18. — (1) Contractul de furnizare de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, servicii Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii de radioterapie, respectiv servicii de dializă care se acordă în cadrul unor programe/subprograme curative, 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 curative; 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 curative, 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 curative; suspendarea contractului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative 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 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. 19. — Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice — 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 specifice încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice în cadrul programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. z), în condițiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare specifice 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. 20. — 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 curative; 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 curative;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 11 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.

Art. 21. — (1) Modelele de contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

(2) Utilizarea acestor modele de contracte este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și materiale sanitare specifice pentru derularea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.

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

(5) Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare specifice, în limita fondurilor aprobate pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ.

(6) Toate documentele prezentate în copie care stau la baza încheierii contractelor pentru derularea programelor naționale de sănătate sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al unității de specialitate, pe fiecare pagină.

(7) Direcțiile de sănătate publică sau, după caz, instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății decontează unităților de specialitate cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate publică contravaloarea bunurilor și serviciilor acordate în cadrul programelor naționale de sănătate publică, precum și a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfășoară activități în cadrul acestora și care fac obiectul contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate curative contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altora asemenea potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(9) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru exactitatea și realitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai unităților de specialitate care derulează programe naționale de sănătate.

(10) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2015—2016 se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în ordine cronologică, după cum urmează:

a) până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor pentru decontarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate contractate de către direcțiile de sănătate publică, instituții publice sau Ministerul Sănătății, după caz;

b) până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate și acordării vizei de „bun de plată”, cu excepția serviciilor de dializă și a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate și acordării vizei de „bun de plată”;

c) în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de către direcțiile de sănătate publică sau, după caz, instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății, în vederea decontării sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfășoară activități în cadrul programelor naționale de sănătate.

Art. 22. — (1) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate se cuprind în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privați de servicii medicale prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

(2) Unitățile și instituțiile sanitare publice care derulează programe/subprograme naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

(3) Furnizorii privați de servicii medicale care derulează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program/subprogram național de sănătate, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

(4) Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să raporteze și să înregistreze activitatea realizată în registrele naționale ale bolnavilor cu afecțiuni cronice incluse în cadrul acestora, în formatul și în condițiile prevăzute de actele normative în vigoare.

Art. 23. — (1) Ministerul Sănătății, în calitatea sa de unitate de achiziții publice centralizată, desemnată în condițiile legii, efectuează, la nivel național, achiziții centralizate de medicamente, materiale sanitare specifice și altele asemenea, pentru implementarea programelor naționale de sănătate nominalizate prin normele tehnice.

(2) Ca urmare a achizițiilor centralizate prevăzute la alin. (1), unitatea de achiziții publice centralizată încheie acorduri-cadru în numele și pentru unitățile sanitare publice din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și pentru unitățile sanitare publice cu paturi din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(3) În baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achiziții publice centralizată, unitățile sanitare publice încheie și derulează contracte subsecvente, cu avizul Ministerului Sănătății.

(4) Până la finalizarea achizițiilor centralizate la nivel național prin semnarea contractelor subsecvente cu ofertanții desemnați câștigători, medicamentele, materialele sanitare specifice și altele asemenea, care se acordă bolnavilor incluși în programele

naționale de sănătate, se achiziționează de unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la prețul de achiziție, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(5) Achiziționarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice și altora asemenea, necesare pentru derularea programelor naționale de sănătate cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (1), se realizează de unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la prețul de achiziție, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

Art. 24. — (1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suportă la nivelul prețului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se DCI, iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a DCI corespunzătoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a prețurilor de decontare a medicamentelor și a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în secțiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în Catalogul Național al Prețurilor la Medicamentele de Uz Uman Autorizate de Punere pe Piață (*CANAMED*), deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului.

(4) În situația în care se constată că deținătorul autorizației de punere pe piață nu a asigurat prezența medicamentelor pe piață, potrivit prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (2), în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei medicamentelor de pe piață, de către instituțiile abilitate, precum și la sesizarea Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a elibera medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea la nivelul prețului de decontare prevăzut la alin. (1), fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați.

(6) 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/primatorului pe versoul prescripției.

(7) Pentru medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate care se importă cu avizul Ministerului Sănătății, prețul de decontare se stabilește în condițiile legii.

(8) Medicamentele care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum și pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor care au efectuat transplant și pentru tratamentul ambulatoriu al pacienților cu unele boli rare, aprobate prin normele tehnice, se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(9) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic se asigură prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează programul.

(10) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice incluși în Programul național de oncologie se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară corespunzătoare DCI-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum și Fulvestrantum și medicamentele de tip imunomodulator care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A și Interferonum alfa 2B, Bortezomibum, Trastuzumabum;

b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităților sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru celelalte forme farmaceutice cu administrare parenterală. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programului, prescripțiile se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator și cu documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(11) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu 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.

(12) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni endocrine care corespund DCI-ului Teriparatidum se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(13) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA și tuberculoză 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 justificării consumurilor de medicamente specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripții/file de condică se depun la direcțiile de sănătate publică sau, după caz, la unitățile de asistență tehnică și management, împreună cu borderoul centralizator și rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

Art. 25. — (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați 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 curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente.

(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat la prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

(4) Condițiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat se stabilesc prin normele tehnice.

Art. 26. — (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 curative; modelul prescripției medicale electronice și normele metodologice privind utilizarea și modul de completare al 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 specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate, utilizând prescrierea electronică, se stabilesc prin normele tehnice. Prescrierea electronică a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative se face on-line și numai în situații justificate prescrierea se face off-line.

(3) 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 curative, în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

(4) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. 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 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anii 2015 și 2016.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de asigurări de sănătate curative au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la alin. (5), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea corespunzătoare lunii în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea corespunzătoare lunii în care s-a produs această situație.

(7) Nerespectarea obligației de la alin. (5) se constată de către casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.

(8) Reținerea sumei prevăzute la alin. (6) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație. În situația în care suma prevăzută la alin. (6) depășește prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (6) 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 sănătate curative în tratamentul ambulatoriu.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (6), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe fiecare medic prescriptor.

Art. 27. — (1) Pentru realizarea atribuțiilor și activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate pot aplica prevederile art. 49 alin. (3)—(6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Activitățile pentru care se utilizează personalul prevăzut la alin. (1) sunt prevăzute în normele tehnice.

Art. 28. — (1) Asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate publică se realizează prin unități de asistență tehnică și management al programelor naționale organizate ca structuri fără personalitate juridică din cadrul instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății.

(2) Unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate se pot înființa la nivel național sau regional, după caz.

(3) În cadrul unei instituții publice din subordinea Ministerului Sănătății se înființează o singură unitate de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate care poate asigura asistență tehnică și management pentru unul sau mai multe programe naționale de sănătate publică, după caz.

(4) Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se organizează unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, structura organizatorică, atribuțiile acestora, precum și orice alte condiții necesare funcționării lor se aprobă în condițiile art. 53 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

(5) Cheltuielile privind organizarea și funcționarea unităților de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate sunt incluse în sumele alocate programelor naționale de sănătate publică.

(6) Pentru realizarea atribuțiilor de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, instituțiile publice prevăzute la alin. (1) pot aplica prevederile art. 53 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 29. — (1) Ministerul Sănătății poate încheia contracte cu unitățile aflate sub autoritatea sa, în condițiile prevăzute de legislația din domeniul achizițiilor publice.

(2) Contractele prevăzute la alin. (1), încheiate între Ministerul Sănătății și unitățile aflate sub autoritatea sa, precum și contractele încheiate pentru bunurile și serviciile necesare implementării unor programe naționale de sănătate publică pentru care Ministerul Sănătății organizează licitații la nivel național sunt atribuite de compartimentul intern specializat în domeniul achizițiilor publice. Monitorizarea și derularea contractelor se realizează de către structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

Art. 30. — (1) Realizarea vaccinării copiilor din grupele eligibile, stabilite potrivit calendarului național de vaccinare, precum și realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătății sau direcțiile de sănătate publică drept măsuri de sănătate publică sau în situații epidemiologice cu risc crescut de îmbolnăvire sunt obligatorii pentru toți medicii de familie.

(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 efectuează achiziții centralizate la nivel național, furnizorii de servicii medicale care implementează programe naționale de sănătate publică pot primi produsele achiziționate în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică, în condițiile prevăzute prin normele tehnice.

Art. 31. — La implementarea programelor naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de medicamente, vaccinuri, reactivi și altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate potrivit prevederilor normelor tehnice.

Art. 32. — Cheltuielile angajate, lichidate și ordonanțate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate în anul precedent și neplătite până la sfârșitul acestuia se vor plăti în anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate pentru anul în curs.

Art. 33. — În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma evaluărilor trimestriale ale indicatorilor specifici și în funcție de realizarea obiectivelor și activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 34. — În cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă efectuate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate este, după caz, tarif pe ședință de hemodializă convențională, tarif pe ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line, tarif/pacient cu dializă peritoneală continuă/an și tarif/pacient cu dializă peritoneală automată/an, tarife care sunt prevăzute în normele tehnice.

Art. 35. — În cadrul subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif care este prevăzut în normele tehnice.

Art. 36. — (1) Pentru tehnica de calcul și programele informatice achiziționate în vederea derulării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcțiile de sănătate publică și cabinetele de medicină de familie.

(2) Tehnica de calcul și programele informatice atribuite în folosință gratuită cabinetelor de medicină de familie în condițiile prevăzute la alin. (1) se utilizează pentru monitorizarea persoanelor incluse în programele naționale de sănătate, precum și pentru derularea unor programe naționale de sănătate la nivelul cabinetelor de medicină de familie.

(3) Pentru bunurile prevăzute la alin. (1) a căror durată normală de utilizare este îndeplinită, iar starea tehnică nu mai permite exploatarea lor în continuare, se inițiază procedurile de clasare și declasare potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 37. — Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, precum

și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 38. — (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2015, cu excepția prevederilor referitoare la:

a) Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie, care intră în vigoare la data de 1 mai 2015;

b) încheierea contractelor de furnizare de servicii de dializă de către furnizorii privați de dializă cu casele de asigurări de

sănătate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, ce intră în vigoare la data de 1 mai 2015.

(2) Până la data de 30 aprilie 2015, pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. b), furnizarea de servicii de dializă de către furnizorii privați se face prin acte adiționale la contractele încheiate de aceștia cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu prelungirea aplicabilității prevederilor corespunzătoare din Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:

p. Ministrul finanțelor publice, interimar,

Enache Jiru,

secretar de stat

p. Ministrul sănătății,

Alin Iulian Tucmeanu,

secretar de stat

Ministrul pentru societatea informațională,

Sorin Mihai Grindeanu

București, 25 martie 2015.
Nr. 206.

ANEXĂ

STRUCTURA programelor naționale de sănătate și obiectivele acestora pentru anii 2015 și 2016

A. Programe naționale de sănătate publică finanțate din bugetul Ministerului Sănătății

STRUCTURĂ:

I. Programele naționale de boli transmisibile

1. Programul național de vaccinare

Obiectiv:

Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea:

a) populației la vârstele prevăzute în calendarul național de vaccinare;

b) grupelor populaționale la risc.

2. Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare

Obiectiv:

Depistarea precoce și asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile în vederea implementării măsurilor de limitare a răspândirii acestora.

3. Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV

Obiective:

a) reducerea răspândirii infecției HIV prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecția HIV, precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate HIV simptomatice;

b) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecție HIV/SIDA.

4. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei

a) reducerea prevalenței și a mortalității TB;

b) menținerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie;

c) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;

d) menținerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

5. Programul național de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale și monitorizare a utilizării antibioticelor și a antibioticorezistenței

Obiectiv:

Creșterea calității serviciilor medicale în unitățile sanitare cu paturi prin reducerea riscului de a dezvolta o infecție nosocomială.

II. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă

Obiectiv: Protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanți din mediul de viață și muncă.

III. Programul național de securitate transfuzională

Obiectiv:

Asigurarea cu sânge și componente sanguine, în condiții de maximă siguranță și cost-eficiență.

IV. Programele naționale de boli netransmisibile

1. Programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screening organizat

Obiective:

Reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală prin intervenții de screening organizat.

Structură:

1. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș—Papanicolau la populația feminină eligibilă în regim de screening;

2. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului colorectal¹⁾;

3. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de sân¹⁾.

NOTĂ:

1) Subprogramele prevăzute la pct. 2 și 3 vor fi implementate ca proiecte-pilot în conformitate cu Planul multianual privind activitățile de prevenire/depistare precoce a cancerului, parte integrantă a Planului național integrat de control al cancerului.

2. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică

Obiective:

a) prevenirea depresiei și a suicidului;
b) promovarea sănătății mintale la locurile de muncă;
c) asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii și adolescenți;

d) creșterea sistemului de a aborda problematica consumului de alcool prin elaborarea și implementarea de intervenții specifice.

3. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

Obiective:

a) creșterea numărului de donatori vii, de donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;
b) coordonarea activităților de transplant;
c) asigurarea testării imunologice și virusologice a potențialilor donatori, precum și a receptorilor;

d) asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate în insuficiență cronică ireversibilă și/sau înlocuirea țesuturilor nefuncționale prin transplant de organe, țesuturi și/sau celule;

e) evaluarea periodică a pacienților transplantați și a donatorilor vii;

f) crearea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;

g) tratamentul infertilității cuplului.

Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;

2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice periferice și centrale;

3. Subprogramul de fertilizare *in vitro* și embriotransfer.

4. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

Îmbunătățirea depistării afecțiunilor endocrine cu impact major asupra stării de sănătate a populației, în scopul reducerii morbidității prin gușă, datorată carenței de iod și complicațiilor sale.

5. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul dietetic al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice.

6. Programul național de management al registrelor naționale

Obiectiv:

Dezvoltarea, implementarea și managementul registrelor naționale ale bolnavilor cronici.

V. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate

Obiectiv:

Îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin promovarea unui stil de viață sănătos și combaterea principalilor factori de risc:

Structură:

1. Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;

2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun.

VI. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

- ameliorarea stării de nutriție a mamei și copilului;
- îmbunătățirea stării de sănătate a copilului;
- îmbunătățirea stării de sănătate a femeii;
- reducerea riscului de mortalitate infantilă și maternă.

Structură:

1. Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriție a mamei și copilului;

2. Subprogramul de sănătate a copilului;

3. Subprogramul de sănătate a femeii.

B. Programe naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

STRUCTURĂ:

Programul național de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

- proceduri de cardiologie intervențională;
- proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- proceduri de chirurgie vasculară;
- proceduri cardiologie intervențională ale malformațiilor cardiace la copil.

Programul național de oncologie

Obiective:

a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;

b) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice;

c) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;

d) diagnosticul leucemiilor acute;

e) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice.

Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice

2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT

3. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare

4. Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute

5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice

Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)

Obiectiv:

Tratamentul surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)

Programul național de diabet zaharat

Obiective:

a) prevenția secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];

b) asigurarea tratamentului medicamentos al pacienților cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor specifice (pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea);

c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați.

Programul național de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă

Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie

Programul național de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice

Programul național de sănătate mintală

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodenanță, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia

Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză, gușă datorată carenței de iod și proliferări maligne

Programul național de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

a) bolnavilor cu afecțiuni articulare prin endoprotezare;

b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;

c) bolnavilor cu diformități de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană;

d) bolnavilor cu patologii tumorale, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală;

e) tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare.

Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

Obiective:

a) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant;

b) tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic.

Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

Obiectiv:

Asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienților

Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv:

Tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică

Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță

Obiective:

a) asigurarea investigațiilor diagnostice și a tratamentului unor afecțiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanță;

b) tratamentul bolnavilor cu maladia Parkinson prin implantarea dispozitivelor de stimulare profundă;

c) tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos prin proceduri microchirurgicale sau prin implantarea unui stimulator al nervului vag;

d) tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită, prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;

e) tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular;

f) tratamentul de stimulare profundă cerebrală la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxină botulinică.

Structură:

1. Subprogramul de radiologie intervențională

2. Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

4. Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL CULTURII

ORDIN pentru acreditarea Muzeului Militar Național „Regele Ferdinand I”

În temeiul dispozițiilor art. 18 alin. (4) din Legea muzeelor și a colecțiilor publice nr. 311/2003, republicată;

în conformitate cu prevederile art. 12 din Criteriile și normele de acreditare a muzeelor și a colecțiilor publice, aprobate prin Ordinul ministrului culturii și cultelor nr. 2.057/2007,

în temeiul prevederilor art. 11 alin. (1) și (4) din Hotărârea Guvernului nr. 90/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Culturii, cu modificările și completările ulterioare,

în baza Hotărârii Comisiei Naționale a Muzeelor și Colecțiilor nr. 481 din 24 februarie 2015,

ministrul culturii emite prezentul ordin.

Art. 1. — Se acreditează Muzeul Militar Național „Regele Ferdinand I”, cu sediul în București.

Art. 2. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul culturii,
Ioan Vulpescu

București, 13 martie 2015.

Nr. 2.152.

ACTE ALE ASOCIAȚIEI NAȚIONALE A EVALUATORILOR AUTORIZAȚI DIN ROMÂNIA

ASOCIAȚIA NAȚIONALĂ A EVALUATORILOR AUTORIZAȚI DIN ROMÂNIA

HOTĂRÂRE pentru aprobarea situațiilor financiare pentru anul 2014 și a bugetului de venituri și cheltuieli pentru anul 2015

În temeiul art. 7 alin. (3) lit. b) din Ordonanța Guvernului nr. 24/2011 privind unele măsuri în domeniul evaluării bunurilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 99/2013, cu modificările și completările ulterioare,

Conferința națională a Asociației Naționale a Evaluatorilor Autorizați din România adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă situațiile financiare pentru anul 2014.

Art. 2. — Se aprobă descărcarea de gestiune a Consiliului director pentru anul 2014.

Art. 3. — Se aprobă bugetul de venituri și cheltuieli pentru anul 2015.

Art. 4. — Prezenta hotărâre se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Asociației Naționale a Evaluatorilor Autorizați din România,
Adrian Vascu

București, 20 martie 2015.

Nr. 1.

ASOCIAȚIA NAȚIONALĂ A EVALUATORILOR AUTORIZAȚI DIN ROMÂNIA

HOTĂRÂRE

privind aprobarea „Standardelor de evaluare — ANEVAR” obligatorii pentru desfășurarea activității de evaluare

În temeiul art. 5 alin. (1) lit. c) din Ordonanța Guvernului nr. 24/2011 privind unele măsuri în domeniul evaluării bunurilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 99/2013, cu modificările și completările ulterioare,

Conferința națională a Asociației Naționale a Evaluatorilor Autorizați din România adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Se aprobă „Standardele de evaluare — ANEVAR”^{*} care sunt obligatorii pentru desfășurarea activității de evaluare.

(2) „Standardele de evaluare — ANEVAR” includ integral Standardele internaționale de evaluare IVS (International Valuation Standards) în vigoare.

(3) Orice trimitere din legislația în vigoare la Standardele internaționale de evaluare se consideră trimitere la „Standardele de evaluare — ANEVAR” aprobate prin prezenta hotărâre.

Art. 2. — Hotărârea Conferinței naționale a Asociației Naționale a Evaluatorilor Autorizați din România nr. 3/2014 privind aprobarea „Standardelor de evaluare — ANEVAR” obligatorii pentru desfășurarea activității de evaluare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 275 din 15 aprilie 2014, se abrogă la data de 1 iulie 2015.

Art. 3. — Prezenta hotărâre se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare la data de 1 iulie 2015, respectiv la datele prevăzute în fiecare standard.

Președintele Asociației Naționale a Evaluatorilor Autorizați din România,
Adrian Vascu

București, 20 martie 2015.
Nr. 2.

^{*} „Standardele de evaluare — ANEVAR” se pun la dispoziția celor interesați de către Asociația Națională a Evaluatorilor Autorizați din România.

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.

