



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 183 (XXVII) — Nr. 737

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 1 octombrie 2015

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE			
Decizia nr. 514 din 7 iulie 2015 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală	2-4	nr. 496/2015 privind contravaloarea alocației valorice a normei de hrană acordată personalului poliției locale	6
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI			
797. — Hotărâre privind exercitarea, cu caracter temporar, prin detașare în condițiile legii, a funcției publice de subprefect al județului Buzău de către domnul Gheorghe Marian Sorin	4	1.211/943. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015	7-15
799. — Hotărâre privind modificarea și completarea anexei 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	5	1.213/954. — Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea anexei nr. 2 și anexei nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.605/875/2014 privind aprobarea modului de calcul, a listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora	16
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE			
776. — Ordin al ministrului dezvoltării regionale și administrației publice pentru modificarea Ordinului ministrului dezvoltării regionale și administrației publice			

DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE**CURTEA CONSTITUȚIONALĂ****DECIZIA Nr. 514**

din 7 iulie 2015

**referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 426 lit. b)
din Codul de procedură penală**

Augustin Zegrean	— președinte
Valer Dorneanu	— judecător
Petre Lăzăroiu	— judecător
Mircea Ștefan Minea	— judecător
Daniel Marius Morar	— judecător
Mona-Maria Pivniceru	— judecător
Puskás Valentin Zoltán	— judecător
Simona-Maya Teodoroiu	— judecător
Tudorel Toader	— judecător
Cristina Teodora Pop	— magistrat-asistent

Cu participarea reprezentantului Ministerului Public, procuror Iuliana Nedelcu.

1. Pe rol se află soluționarea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală, excepție ridicată, din oficiu, de Curtea de Apel București — Secția I penală în Dosarul nr. 6.142/2/2014 și care formează obiectul Dosarului Curții Constituționale nr. 72 D/2015.

2. La apelul nominal răspunde partea Claudiu Simulescu, prezent personal și asistat de avocat Cristian Duțescu din cadrul Baroului București, cu împuternicire avocațială depusă la dosar. Procedura de citare este legal îndeplinită.

3. Cauza fiind în stare de judecată, președintele acordă cuvântul domnului avocat Cristian Duțescu, care arată că lasă la aprecierea Curții Constituționale soluționarea prezentei excepții de neconstituționalitate.

4. Reprezentantul Ministerului Public pune concluzii de respingere a excepției de neconstituționalitate ca neîntemeiată. Se arată că critica formulată de instanța de judecată ar putea fi explicată prin aceea că actualul Cod de procedură penală nu folosește aceeași exprimare ca și cea cuprinsă în art. 386 lit. c) din Codul de procedură penală din 1968. Se susține că și în actuala reglementare, prin textul criticat, se urmărește înlăturarea omisiunii instanței de a se pronunța asupra unei cauze de încetare a procesului penal. Se subliniază faptul că, altfel, contestația în anulare care ar solicita pentru prima dată pronunțarea asupra acestui aspect ar fi inadmisibilă, pentru că în acest mod s-ar ajunge la înlăturarea unei erori de procedură, și nu asupra uneia de judecată, ceea ce ar duce la modificarea naturii juridice a căii de atac a contestației în anulare.

CURTEA,

având în vedere actele și lucrările dosarului, constată următoarele:

5. Prin Încheierea din 8 decembrie 2014, pronunțată în Dosarul nr. 6.142/2/2014, **Curtea de Apel București — Secția I penală a sesizat Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a prevederilor art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală**, excepție ridicată din oficiu într-o cauză având ca obiect soluționarea unei contestații în anulare.

6. **În motivarea excepției de neconstituționalitate** se arată că textul criticat permite instanței investite cu soluționarea cererii de contestație în anulare să reanalizeze fondul cauzei soluționate definitiv și să reevalueze probele depuse la dosar, printre acestea și pe cele referitoare la prescripția răspunderii penale. Se arată că toate celelalte motive de contestație în anulare prevăzute la art. 426 din Codul de procedură penală privesc nelegalități procedurale, care presupun o simplă constatare de către instanță a unor aspecte ale cauzei, în timp ce motivul de contestație în anulare prevăzut prin textul criticat are o natură diferită, ce vizează aspectele de fond ale cauzei. Astfel, instanței extraordinare îi este permisă, prin dispozițiile art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală, reinterpretarea probelor, în același sens sau în sens contrar interpretării definitive date de instanțele ordinare, aspect care presupune încălcarea autorității de lucru judecat a hotărârilor definitive supuse contestației în anulare. Se susține că, pentru aceste motive, instituția contestației în anulare este lipsită de un caracter unitar, bazat pe aceeași rațiune juridică, ce ar trebui să o limiteze numai la cazurile de nelegalități procedurale sancționate cu nulitatea absolută. Se observă că, potrivit art. 386 lit. c) din Codul de procedură penală din 1968, fondul cauzei putea fi analizat cu ocazia soluționării unei contestații în anulare doar în situația omisiunii instanței de recurs de a se pronunța asupra unei cauze de încetare a procesului penal, printre care prescripția răspunderii penale, cu privire la care existau probe în dosar.

7. Se arată că prevederile art. 53 alin. (1) din Constituție permit restrângerea exercițiului unor drepturi sau al unor libertăți numai prin lege și numai în scopul, printre altele, al apărării ordinii de drept, din a cărei sferă face parte și autoritatea de lucru judecat a hotărârilor judecătorești definitive. Se susține, astfel, că textul criticat aduce atingere autorității de lucru judecat, afectând stabilitatea raporturilor juridice stabilite, în mod definitiv,

de către instanțele ordinare. Se arată că, pentru aceste motive, prevederile art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală contravin dispozițiilor art. 53 alin. (1) din Legea fundamentală.

8. În conformitate cu dispozițiile art. 30 alin. (1) din Legea nr. 47/1992, încheierea de sesizare a fost comunicată președinților celor două Camere ale Parlamentului, Guvernului și Avocatului Poporului, pentru a-și exprima punctele de vedere asupra excepției de neconstituționalitate ridicate.

9. Președinții celor două Camere ale Parlamentului, Guvernul și Avocatul Poporului nu au comunicat punctele lor de vedere asupra excepției de neconstituționalitate.

CURTEA,

examinând încheierea de sesizare, raportul întocmit de judecătorul-raportor, concluziile părții prezente, concluziile procurorului, dispozițiile legale criticate, raportate la prevederile Constituției, precum și Legea nr. 47/1992, reține următoarele:

10. Curtea Constituțională a fost legal sesizată și este competentă, potrivit dispozițiilor art. 146 lit. d) din Constituție, precum și ale art. 1 alin. (2), ale art. 2, 3, 10 și 29 din Legea nr. 47/1992, să soluționeze excepția de neconstituționalitate.

11. Obiectul excepției de neconstituționalitate îl constituie dispozițiile art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală, care au următorul cuprins: *„Împotriva hotărârilor penale definitive se poate face contestație în anulare în următoarele cazuri: [...]*

b) când inculpatul a fost condamnat, deși existau probe cu privire la o cauză de încetare a procesului penal; [...]”.

12. Se susține că textul criticat încalcă prevederile constituționale ale art. 21 alin. (3) cu privire la dreptul la un proces echitabil și ale art. 53 alin. (1) referitor la restrângerea exercițiului unor drepturi sau al unor libertăți.

13. Examinând excepția de neconstituționalitate, Curtea constată că contestația în anulare este o cale extraordinară de atac cu o natură juridică mixtă, atât de anulare, având în vedere scopul urmărit, cât și de retractare, fiind de competența instanței a cărei hotărâre se vrea a fi anulată. Fiind o cale extraordinară de atac, contestația în anulare poate fi exercitată numai împotriva hotărârilor penale definitive, restul condițiilor și motivele pentru care poate fi invocată fiind strict și limitativ prevăzute de către legiuitor.

14. În acest context, prevederile art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală stabilesc că împotriva hotărârilor penale definitive se poate face contestație în anulare când inculpatul a fost condamnat, deși existau probe cu privire la o cauză de încetare a procesului penal. Conform art. 396 alin. (6) din Codul de procedură penală, încetarea procesului penal se pronunță în cazurile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. e)—j) din același cod, respectiv când lipsește plângerea prealabilă, autorizarea sau sesizarea organului competent ori o altă condiție prevăzută de lege, necesară pentru punerea în mișcare a acțiunii penale; când a intervenit amnistia sau prescripția, decesul suspectului ori al inculpatului persoană fizică sau s-a dispus radierea

suspectului ori inculpatului persoană juridică; când a fost retrasă plângerea prealabilă, în cazul infracțiunilor pentru care retragerea acesteia înlătură răspunderea penală, a intervenit împăcarea ori a fost încheiat un acord de mediere în condițiile legii; când există o cauză de nepedepsire prevăzută de lege; când există autoritate de lucru judecat; sau în condițiile în care a intervenit un transfer de proceduri cu un alt stat, potrivit legii.

15. Având însă în vedere natura mixtă a căii extraordinare de atac a contestației în anulare, respectiv cea de anulare și cea de retractare, mai sus arătată, Curtea reține că reglementarea motivului de contestație în anulare criticat prin prezenta excepție nu este de natură a încălca dreptul la un proces echitabil, prevăzut la art. 21 alin. (3) din Constituție. În acest sens, Curtea constată că, chiar dacă procedura reglementată prin textul criticat ar putea presupune administrarea unor noi probe sau reevaluarea unor probe existente, participanții la procesul penal beneficiază, prin aplicarea dispozițiilor art. 431 și 432 din Codul de procedură penală, de toate garanțiile procesuale pe care le presupune dreptul la un proces echitabil.

16. Curtea reține, totodată, că prevederile art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală reprezintă opțiunea legiuitorului, în acord cu politica penală a statului, exprimată în marja de apreciere prevăzută la art. 61 alin. (1) din Constituție. De asemenea, Curtea constată că textul criticat reprezintă o aplicație în domeniul legii procesual penale a dispozițiilor constituționale ale art. 126 alin. (2), conform cărora *„competența instanțelor judecătorești și procedura de judecată sunt prevăzute numai prin lege”*, coroborate cu cele ale art. 129, care fac referire la *„condițiile legii”* în reglementarea constituțională a căilor de atac. În acest sens, Curtea reține că reglementarea de către legiuitor, alături de cele două căi ordinare de atac (judecata în primă instanță și apelul) a căilor extraordinare de atac echivalează cu asigurarea unor garanții procesuale suplimentare în scopul aflării adevărului, principiu al aplicării legii procesual penale prevăzut la art. 5 din Codul de procedură penală.

17. Având în vedere faptul că textul criticat nu contravine prevederilor art. 21 alin. (3) din Legea fundamentală, Curtea reține că dispozițiile art. 53 din Constituție nu sunt aplicabile în cauză. În acest sens, Curtea Constituțională a reținut în jurisprudența sa că norma constituțională de la art. 53 este aplicabilă doar în situația în care se constată că dispozițiile legale criticate restrâng exercițiul unor drepturi sau libertăți fundamentale ale cetățenilor (a se vedea Decizia nr. 255 din 7 aprilie 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 361 din 26 mai 2015). Or, cum dispozițiile art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală nu aduc atingere vreunui drept sau vreunei libertăți fundamentale, prevederile constituționale ale art. 53 nu sunt aplicabile în cauză.

18. Pentru considerentele expuse mai sus, în temeiul art. 146 lit. d) și al art. 147 alin. (4) din Constituție, al art. 1—3, al art. 11 alin. (1) lit. A.d) și al art. 29 din Legea nr. 47/1992, cu unanimitate de voturi,

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge ca neîntemeiată excepția de neconstituționalitate ridicată, din oficiu, de Curtea de Apel București — Secția I penală în Dosarul nr. 6.142/2/2014 și constată că dispozițiile art. 426 lit. b) din Codul de procedură penală sunt constituționale în raport cu criticile formulate.

Decizia se comunică Curții de Apel București — Secția I penală și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I. Definitivă și general obligatorie.

Pronunțată în ședința din data de 7 iulie 2015.

PREȘEDINTELE CURȚII CONSTITUȚIONALE

AUGUSTIN ZEGREAN

Magistrat-asistent,
Cristina Teodora Pop

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

**privind exercitarea, cu caracter temporar, prin detașare
în condițiile legii, a funcției publice de subprefect al județului
Buzău de către domnul Gheorghe Marian Sorin**

Având în vedere prevederile art. 19 alin. (1) lit. a), art. 89 alin. (2¹) și art. 92 alin. (1¹) din Legea nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Domnul Gheorghe Marian Sorin exercită, cu caracter temporar, prin detașare în condițiile legii, funcția publică de subprefect al județului Buzău.

PRIM-MINISTRU

VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:
Viceprim-ministru,
ministrul afacerilor interne,
Gabriel Oprea

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind modificarea și completarea anexei 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

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 523 din 10 iulie 2008, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La sublista B „DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu în regim de compensare 50% din prețul de referință”, poziția 133 se abrogă.

2. La sublista B „DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu în regim de compensare 50% din prețul de referință”, după poziția 225 se introduce o nouă poziție, poziția 226, cu următorul cuprins:

„226	Enoxaparinum** #	B01AB05”
------	------------------	----------

3. La sublista C „DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în regim de compensare 100%”, secțiunea C2 „DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații incluși în programele

naționale de sănătate cu scop curativ în tratamentul ambulatoriu și spitalicesc” se modifică după cum urmează:

a) La punctul P9 „Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană” subpunctul P9.1 „Transplant medular”, poziția 44 va avea următorul cuprins:

„44.	Etanerceptum**	L04AB01”
------	----------------	----------

b) La punctul P10 „Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică”, poziția 16 va avea următorul cuprins:

„16.	Metoxi-polietilenglicol epoetina beta**	B03XA03”
------	---	----------

4. La sublista C „DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în regim de compensare 100%”, secțiunea C3 „DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază copiii până la 18 ani, tinerii de la 18 la 26 de ani dacă sunt elevi, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri, precum și gravide și leuze, în tratamentul ambulatoriu în regim de compensare 100% din prețul de referință”, poziția 54 se abrogă.

5. La sublista D „DCI-uri corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu în regim de compensare 20% din prețul de referință”, pozițiile 8 și 19 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„8.	Acid omega-3-esteri etilici 90**	C10AX06
.....
19.	Clonazepamum	N03AE01”

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:
Ministrul sănătății,
Nicolae Băncioiu
Ministrul finanțelor publice,
Eugen Orlando Teodorovici

București, 30 septembrie 2015.
Nr. 799.

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL DEZVOLTĂRII REGIONALE ȘI ADMINISTRAȚIEI PUBLICE

ORDIN

pentru modificarea Ordinului ministrului dezvoltării regionale și administrației publice nr. 496/2015 privind contravaloarea alocației valorice a normei de hrană acordată personalului poliției locale

Ținând cont de prevederile art. 35¹ alin. (1) din Legea poliției locale nr. 155/2010, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale art. 12 alin. (1¹) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 83/2014 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2015, precum și alte măsuri în domeniul cheltuielilor publice, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 71/2015, cu completările ulterioare,

luând în considerare prevederile art. 2 alin. (1) și ale art. 3 din Ordonanța Guvernului nr. 26/1994 privind drepturile de hrană, în timp de pace, ale personalului din sectorul de apărare națională, ordine publică și siguranță națională, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și Adresa Ministerului Apărării Naționale nr. 5.179 din 23 septembrie 2015 prin care se comunică contravaloarea alocației valorice a normei de hrană,

în temeiul art. 6 din Hotărârea Guvernului nr. 171/2015 privind stabilirea metodologiei și a regulilor de aplicare a drepturilor prevăzute la art. 35¹ alin. (1) din Legea poliției locale nr. 155/2010 și al art. 12 alin. (7) din Hotărârea Guvernului nr. 1/2013 privind organizarea și funcționarea Ministerului Dezvoltării Regionale și Administrației Publice, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul dezvoltării regionale și administrației publice emite prezentul ordin.

Art. I. — Articolul 1 din Ordinul ministrului dezvoltării regionale și administrației publice nr. 496/2015 privind contravaloarea alocației valorice a normei de hrană acordată personalului poliției locale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 215 din 31 martie 2015, cu modificările ulterioare, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — Începând cu 1 octombrie 2015, contravaloarea alocației valorice a normei de hrană, stabilită în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 171/2015 privind stabilirea metodologiei și a regulilor de aplicare a drepturilor prevăzute la art. 35¹ alin. (1) din Legea poliției locale nr. 155/2010, este:

a) norma nr. 1, potrivit anexei nr. 1 la Ordonanța Guvernului nr. 26/1994 privind drepturile de hrană, în timp de pace, ale personalului din sectorul de apărare națională, ordine publică și siguranță națională, republicată, cu modificările și completările ulterioare — 25 lei/zi;

b) norma nr. 6, potrivit anexei nr. 1 la Ordonanța Guvernului nr. 26/1994, republicată, cu modificările și completările ulterioare — 32 lei/zi;

c) norma nr. 12 „B”, potrivit anexei nr. 1 la Ordonanța Guvernului nr. 26/1994, republicată, cu modificările și completările ulterioare — 5 lei/zi.”

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

Ministrul dezvoltării regionale și administrației publice,
Sevil Shhaideh

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 1.211 din 30 septembrie 2015

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 943 din 30 septembrie 2015

ORDIN

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015

Având în vedere Referatul de aprobare nr. N.B. 9.886 din 30 septembrie 2015 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 1.633 din 29 septembrie 2015 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată;

— Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 220 și 220 bis din 1 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015, prevăzute în anexele nr. 1—49, care fac parte integrantă din prezentul ordin.”

2. În anexa nr. 7, la litera A, punctul 1, se abrogă nota de la subpunctul 1.1.

3. În anexa nr. 8, la articolul 11, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Furnizorul de servicii medicale clinice recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul

care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situația în care într-un cabinet din ambulatoriu de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se recoltează probă/probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice și servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoți proba/probele recoltată/recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigații paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe propria răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).”

4. În anexa nr. 20, la capitolul II, punctul 1, subpunctul A, la litera g) „computer tomografie”, ultimele două linii se modifică și vor avea următorul cuprins:

„— sistem pentru monitorizarea nivelurilor de doză de referință 10 puncte

— sistem pentru justificarea și optimizarea dozelor de iradiere 10 puncte”.

5. În anexa nr. 22, la capitolul I, litera B, la subpunctul B.3.2, numerele curente 48, 49, 50 și 51 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„48	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.461,05 lei/asigurat/ trimestru
49	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	905,28 lei/asigurat/ trimestru
50	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1.245,12 lei/asigurat/ trimestru
51	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	689,35 lei/asigurat/ trimestru”

6. În anexa nr. 22, la capitolul III, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. II, precum și de serviciul medical prevăzut la cap. I lit. B.3.1 poziția 7. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.”

7. În anexa nr. 27, la litera B punctul 2, după subpunctul 2.7 se introduce un nou subpunct, subpunctul 2.8, cu următorul cuprins:

„2.8. transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate clinic aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.”

8. În anexa nr. 30, la litera A, numărul curent 18 se abrogă.

9. În anexa nr. 30, la litera A, numărul curent 29 se modifică și va avea următorul cuprins:

„29.	Ventilație noninvazivă****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie poligrafie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii — Ventilație noninvazivă, a medicului cu specialitatea Anestezie și terapie intensivă, a 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.”
------	---

10. În anexa nr. 36, la articolul 1, alineatele (3)—(5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componenta prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinse și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) — ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care îl păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări

sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0—18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau

procoloale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care o păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și o va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0—18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau procoloale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare a prescripției cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia și eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia, nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea

nr. 95/2006, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0—18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau procoloale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.”

11. În anexa nr. 36, la articolul 2, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 2. — (1) 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. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30—31 de zile.”

12. În anexa nr. 36, la articolul 5, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, justificarea medicală va avea în vedere reacții adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice, inclusiv pentru DCI — Combinații.”

13. În anexa nr. 36, la articolul 7, alineatele (2) și (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță, și care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/primitorului în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare — cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) — care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracționat de către una

sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracționată se va face cu respectarea cantității lunare din fiecare medicament determinată în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/Farmacile care a/au eliberat medicamente fracționat va/vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripției, la aceeași sau la o altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare — cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C — secțiunile C1 și C3 și sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție — componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție — componenta eliberare. În toate situațiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice aferente căii de administrare și concentrației prescrise de medic.

.....
(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.”

14. În anexa nr. 36, la articolul 10, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 10. — (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

c) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;

d) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.”

15. În anexa nr. 36, la articolul 10, după alineatul (1) se introduc două noi alineate, alineatele (11) și (12), cu următorul cuprins:

„(11) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (1) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(12) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, după caz.”

16. În anexa nr. 36, la articolul 10, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator. În factura aferentă fiecărui borderou centralizator sunt evidențiate distinct sumele corespunzătoare subtotalurilor din borderoul centralizator.”

17. În anexa nr. 36, la articolul 14 alineatul (1), partea introductivă și litera c) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 14. — (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C — secțiunile C1 și C3 din sublistă, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro, și se actualizează în următoarele condiții:

.....
c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru medicamentele din sublistele A, B, C — secțiunile C1 și C3 și din sublista D.

Deținătorul autorizației de punere pe piață a medicamentului, prin reprezentantul său legal, declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția avizelor de diminuare de preț pentru medicamentele existente în lista

menționată la prezentul alineat și a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.”

18. În anexa nr. 36, la articolul 17, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (11) cu următorul cuprins:

„(11) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, în termen de 60 de zile de la validarea facturii.”

19. În anexa nr. 36, la articolul 17, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (21), cu următorul cuprins:

„(21) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (11) 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.”

20. În anexa nr. 37, la articolul 7, literele a), r), ș), aa) și ab) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință — pentru medicamentele din sublistele A, B, C — secțiunile C1 și C3 și din sublista D;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate;

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C — secțiunile C1 și C3 și din sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție — componenta eliberare. În cazul în care

medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție — componenta eliberare;

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele 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 baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. r), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

ab) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele 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 cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. r), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;”.

21. În anexa nr. 37, la articolul 7, după litera af) se introduce o nouă literă, litera ag), cu următorul cuprins:

„ag) să elibereze conform prevederilor legale în vigoare și să întocmească evidențe distincte, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat;”.

22. În anexa nr. 37, la articolul 8, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 8. — (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă, componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

c) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;

d) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, și nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, după caz.

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.”

23. În anexa nr. 37, la articolul 10 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. 7 lit. a)—f), h), j)—x), z)—ab), ae) și ag) se aplică următoarele sancțiuni:”.

24. În anexa nr. 37, la articolul 11, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (11), cu următorul cuprins:

„(11) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, în termen de 60 de zile de la validarea facturii.”

25. În anexa nr. 37, la articolul 11, după alineatul 2 se introduce un nou alineat, alineatul (21), cu următorul cuprins:

„(21) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (11) 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.”

26. În anexa nr. 38, la litera A punctul 9, la explicația aferentă notei **), ultima liniuță de la lit. a2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„— pneumologi, cardiologi, oncologi și pediatri, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.”

27. În anexa nr. 38, la litera A punctul 9, ultimele două liniuțe de la explicația aferentă notei *) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„— medici pneumologi cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului — Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii — Ventilație non-invazivă, care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale;

— medici cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.”

28. În anexa nr. 39, la articolul 6, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) În vederea decontării furnizorul de dispozitive medicale depune la casa de asigurări de sănătate, facturile însoțite de:

— copia certificatului de garanție;

— declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare;

— audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor autorizat și evaluat. Audiogramele conțin numele și prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data și locul efectuării, dovada calibrării/etalonării anuale a audiometrelor utilizate;

— taloanele corespunzătoare perioadelor lunare, în original, pentru dispozitivele de protezare stomii, incontinență urinară, fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă, după caz;

— dovada verificării tehnice, după caz, în cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, respectiv fotolii rulante și echipamente pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă;

— confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu se fac sub semnătura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia — părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal — cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate și a codului numeric personal/codul unic de asigurare sau, după caz, a pașaportului persoanei care semnează de primire, situații în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

În situația în care ridicarea dispozitivului medical de la furnizor se face de către un membru al familiei beneficiarului — părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal —, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia.

În situația în care beneficiarul dispozitivului medical este titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/pașaportul, după caz.”

29. În anexa nr. 42, la punctul I, a 4-a liniuță se modifică și va avea următorul cuprins:

„— Centru de dializă privat aflat în relație contractuală cu CNAS/casele de asigurări de sănătate, după caz, prin Contractul nr., cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca”

30. În anexa nr. 42, la punctul II articolul 2, partea introductivă a literei D se modifică și va avea următorul cuprins:

„D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS/casele de asigurări de sănătate, după caz:”

31. În anexa nr. 47 la punctul 11, subpunctul 11.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„11.1. În asistența medicală primară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciului examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris pe lista medicului de familie, pentru care nu este necesară prezentarea cardului.”

32. În anexa nr. 47, la punctul 11 subpunctul 11.5, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) pentru serviciile medicale paraclinice — analize de laborator — prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie — examene de urină și examene de materii fecale, dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimitere, se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimitere, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.”

33. În anexa nr. 47, punctul 14 se modifică și va avea următorul cuprins:

„14. Pentru persoanele cu tulburări psihice prevăzute de Legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări

psihice nr. 487/2002, republicată, care au desemnat reprezentant legal de către autoritățile competente potrivit legislației în vigoare, acordarea de către furnizori a serviciilor medicale se face prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate al reprezentantului legal sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă reprezentantul legal nu poate prezenta cardul. Reprezentantul legal al persoanei cu tulburări psihice, care însoțește persoana cu tulburări psihice la furnizorii de servicii medicale, prezintă obligatoriu documentul prin care a fost desemnat reprezentant legal, în vederea înregistrării de către furnizori a acestui document în evidențele proprii.”

34. În anexa nr. 47, după punctul 14 se introduce un nou punct, punctul 15, cu următorul cuprins:

„15. Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile art. 3 lit. aq), art. 24 lit. am), art. 42 lit. am), art. 59 lit. ae), art. 74 lit. am), art. 92 alin. (1) lit. f), art. 119 lit. ab), art. 130 lit. af), art. 153 lit. ș) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015 cu modificările și completările ulterioare, în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate/dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate/dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale și dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

Transmiterea serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor medicale eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

15.1. În asistența medicală primară: în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

15.2. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice: în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical.

15.3. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea reabilitare medicală și acupunctură — în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet: în maximum 72 de ore de la momentul acordării;

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament: în maximum 72 de ore pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament.

15.4. În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

15.5. În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice — analize de laborator: în maximum 72 de ore de la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 72 de ore de la

momentul primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie, dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice, și pentru serviciile paraclinice de microbiologie — examene de urină și examene de materii fecale;

b) pentru serviciile medicale paraclinice — investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară: în maximum 72 de ore de la momentul efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

15.6. În asistența medicală spitalicească:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază și pachetul minimal: în maximum 72 de ore de la externarea din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital;

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază și pachetul minimal: pentru fiecare vizită, în maximum 72 de ore de la momentul vizitei.

15.7. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu — în maximum 72 de ore pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

p. Ministrul sănătății,
Dorel Săndesc,
secretar de stat

15.8. Pentru unitățile specializate — în maximum 72 de ore de la momentul acordării consultațiilor de urgență la domiciliu și serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

15.9. În asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare, în sanatorii și preventorii: în maximum 72 de ore de la externarea din sanatoriu/preventoriu.

15.10. Pentru dispozitive medicale: în maximum 72 de ore de la data ridicării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului — membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal. În situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat: în maximum 72 de ore de la momentul expedierii dispozitivului medical.”

35. După anexa nr. 48 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 49, având cuprinsul prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Prezentul ordin intră în vigoare la data de 1 octombrie 2015 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

ANEXĂ
(Anexa nr. 49 la Ordinul nr. 388/186/2015)

— model —

C O N T R A C T

I. Părțile contractante

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

și

Unitatea sanitară publică, cu sediul în, str. nr., telefon: fix/mobil, fax, e-mail, reprezentată prin,

II. Obiectul contractului

Art. 1. — Obiectul prezentului contract îl constituie acordarea sumelor pentru punerea în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2014 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2015, precum și alte măsuri în domeniul cheltuielilor publice, precum și pentru modificarea și completarea Legii nr. 152/1998 privind înființarea Agenției Naționale pentru Locuințe, conform Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015, cu modificările și completările ulterioare, și Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186//2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014—2015, cu modificările și completările ulterioare.

III. Durata contractului

Art. 2. — Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2015.

Art. 3. — Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

IV. Obligațiile părților

Art. 4. — Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu unitățile sanitare publice, nominalizate de Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 35/2015, cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, pentru punerea în aplicare a acestui act normativ;

b) să deconteze unităților sanitare publice sumele realizate corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura se face numai în format electronic;

c) să verifice modul de punere în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015 de către unitățile sanitare publice și, după caz, să prezinte spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori;

d) să recupereze sumele decontate nejustificat față de cele rezultate prin punerea în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015.

Art. 5. — Unitatea sanitară publică are următoarele obligații:

a) să respecte prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015;

b) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, sumele realizate corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015; factura este însoțită de documentele justificative atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură

electronică extinsă factura se transmite numai în format electronic.

V. Modalități de plată

Art. 6. — (1) Valoarea contractată pentru realizarea obiectului contractului pentru luna octombrie 2015 este de lei; factorul de corecție pentru luna octombrie 2015 este %; valoarea realizată a serviciilor medicale pentru luna septembrie 2015 este de lei.

(2) Lunar, până la data de a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează suma realizată pentru punerea în aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 35/2015, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate până la data de

(3) Decontarea sumelor se face cu încadrarea în sumele contractate. Diferențele dintre suma decontată lunar și suma contractată lunar se diminuează prin act adițional.

(4) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al unității sanitare publice.

(5) Casele de asigurări de sănătate încheie acte adiționale lunare având ca obiect suma contractată pentru lunile următoare celei prevăzute la alin. (1) și, după caz, acte adiționale de diminuare a valorii de contract lunare cu suma reprezentând diferența dintre suma decontată lunar și suma contractată lunar.

Art. 7. — Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca

VI. Răspunderea contractuală

Art. 8. — Reprezentantul legal al unității sanitare publice cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislației în vigoare.

VII. Clauze speciale

Art. 9. — (1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore, și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

Prezentul contract a fost încheiat astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte-director general,

.....
Director executiv al Direcției economice,

.....
Director executiv al Direcției relații contractuale,

Vizat

Juridic, Contencios

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,

.....
Director medical,

.....
Director financiar-contabil,

.....
Director de îngrijiri,

.....
Director de cercetare-dezvoltare,

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de o lună, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

VIII. Suspendarea, încetarea și rezilierea contractului

Art. 10. — Contractul se suspendă/încetează/se reziliază printr-o notificare scrisă în situația în care toate contractele de furnizare de servicii medicale încheiate de unitatea sanitară publică cu casa de asigurări de sănătate se suspendă/încetează/se reziliază și produce efecte de la data suspendării/încetării/rezilierii contractelor de furnizare de servicii medicale.

Art. 11. — Situațiile prevăzute la art. 10 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu.

IX. Corespondența

Art. 12. — (1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părților — sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul unității sanitare cu paturi declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

X. Modificarea contractului

Art. 13. — (1) Prezentul contract se poate modifica la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

Art. 14. — În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Art. 15. — Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putință spiritului contractului.

XI. Soluționarea litigiilor

Art. 16. — (1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) 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.

XII. Alte clauze

.....

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 1.213 din 30 septembrie 2015

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 954 din 30 septembrie 2015

ORDIN

privind modificarea anexei nr. 2 și anexei nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.605/875/2014 privind aprobarea modului de calcul, a listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora

Văzând Referatul de aprobare nr. N.B. 9.889 din 30 septembrie 2015 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 1.649 din 30 septembrie 2015 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere:

— art. 58 alin. (4) și (5) și art. 221 alin. (1) lit. k) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată;

— 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,

în temeiul dispozițiilor art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, ale art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

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

Art. I. — Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.605/875/2014 privind aprobarea modului de calcul, a listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 951 și 951 bis din 29 decembrie 2014, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 1*), care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. II. — Anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

nr. 1.605/875/2014 privind aprobarea modului de calcul, a listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 951 și 951 bis din 29 decembrie 2014, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2*), care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. III. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și intră în vigoare începând cu data de 1 octombrie 2015.

p. Ministrul sănătății,
Dorel Sândesc,
secretar de stat

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

*) Anexele nr. 1 și 2 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 737 bis, care se poate achiziționa de la Centrul pentru relații cu publicul al Regiei Autonome „Monitorul Oficial”, București, șos. Panduri nr. 1.

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: RO12TREZ70050699XX000531 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.



5 948368 834286