



# MONITORUL OFICIAL

## AL

# ROMÂNIEI

Anul 183 (XXVII) — Nr. 772

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 16 octombrie 2015

### SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
ACTE ALE ÎNALTEI CURȚI DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE	
Decizia nr. 28 din 21 septembrie 2015 (Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept) .....	2–8
ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	
963. — Ordin privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 .....	9–31

# ACTE ALE ÎNALTEI CURȚI DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE

ÎNALTA CURTE DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE

COMPLETUL PENTRU DEZLEGAREA UNOR CHESTIUNI DE DREPT

## DECIZIA Nr. 28

din 21 septembrie 2015

Dosar nr. 1.924/1/2015

Iulia Cristina Tarcea	— vicepreședintele Înaltei Curți de Casație și Justiție — președintele completului
Lavinia Curelea	— președintele Secției I civile
Roxana Popa	— președintele delegat al Secției a II-a civile
Ionel Barbă	— președintele Secției de contencios administrativ și fiscal
Florentin Sorin Drăguț	— judecător la Secția I civilă
Elena Floarea	— judecător la Secția I civilă
Carmen Georgeta Negrilă	— judecător la Secția I civilă
Mihaela Paraschiv	— judecător la Secția I civilă
Adina Georgeta Nicolae	— judecător la Secția I civilă — judecător-raportor
Eugenia Voicheci	— judecător la Secția a II-a civilă
Lucia Paulina Brehar	— judecător la Secția a II-a civilă
Veronica Magdalena Dănăilă	— judecător la Secția a II-a civilă — judecător-raportor
Mărioara Isailă	— judecător la Secția a II-a civilă
Mirela Polițeanu	— judecător la Secția a II-a civilă
Doina Duican	— judecător la Secția de contencios administrativ și fiscal
Gabriela Elena Bogasiu	— judecător la Secția de contencios administrativ și fiscal — judecător-raportor
Veronica Năstasie	— judecător la Secția de contencios administrativ și fiscal
Carmen Sîrbu	— judecător la Secția de contencios administrativ și fiscal
Dana Iarina Vartires	— judecător la Secția de contencios administrativ și fiscal

Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept ce formează obiectul Dosarului nr. 1.924/1/2015 a fost constituit conform dispozițiilor art. 520 alin. (8) din Codul de procedură civilă și ale art. 27<sup>5</sup> alin. (1) din Regulamentul privind organizarea și funcționarea administrativă a Înaltei Curți de Casație și Justiție, republicat, cu modificările și completările ulterioare.

Ședința este prezidată de doamna judecător Iulia Cristina Tarcea, vicepreședintele Înaltei Curți de Casație și Justiție.

La ședința de judecată participă doamna Adriana Stamatescu, magistrat-asistent, desemnată în conformitate cu dispozițiile art. 27<sup>6</sup> din Regulamentul privind organizarea și funcționarea administrativă a Înaltei Curți de Casație și Justiție, republicat, cu modificările și completările ulterioare.

Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept a luat în examinare

sesizarea formulată de Tribunalul Vâlcea — Secția I civilă în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile pentru dezlegarea următoarei chestiuni de drept: 1. în interpretarea și aplicarea art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă se poate ajunge la schimbarea cadrului procesual, sub aspectul obiectului, în care a soluționat prima instanță, contrar art. 478 alin. (1) și (3) din Codul de procedură civilă; 2. în situația în care în apel, fie din interpretarea art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă, fie în limitele efectului devolutiv, prevăzut de art. 477 din Codul de procedură civilă, se poate invoca excepția necompetenței materiale, urmând ca astfel să fie interpretate prevederile art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă prin prisma celor anterioare.

Magistratul-asistent prezintă referatul cauzei, arătând că toate curțile de apel au comunicat că nu au jurisprudență în materia ce face obiectul sesizării și că la dosar a fost depus raportul întocmit de judecătorii-raportori. Se mai referă asupra faptului că raportul a fost comunicat părților, în conformitate cu dispozițiile art. 520 alin. (10) din Codul de procedură civilă și că nu s-au depus puncte de vedere. De asemenea, la dosar a fost depus punctul de vedere al domnilor profesori universitari doctori Viorel Mihai Ciobanu și Gabriel Boroi din cadrul Facultății de Drept a Universității București.

În urma deliberărilor, Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept rămâne în pronunțare asupra sesizării privind pronunțarea unei hotărâri prealabile.

### ÎNALTA CURTE,

deliberând asupra chestiunii de drept cu care a fost sesizată, constată următoarele:

#### I. Titularul și obiectul sesizării

1. Tribunalul Vâlcea — Secția I civilă a dispus, prin încheierea pronunțată în data de 24 martie 2015, în Dosarul nr. 13.501/288/2013, aflat pe rolul acestei instanțe, sesizarea Înaltei Curți de Casație și Justiție în temeiul dispozițiilor art. 519 din Codul de procedură civilă în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile prin care să se dezlege următoarea chestiune de drept: „1. În interpretarea și aplicarea art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă se poate ajunge la schimbarea cadrului procesual în care a soluționat prima instanță, sub aspectul obiectului, contrar art. 478 alin. (1) și (3) din Codul de procedură civilă; 2. În situația în care în apel, fie din interpretarea art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă, fie în limitele efectului devolutiv, prevăzut de art. 477 din Codul de procedură civilă, se poate invoca excepția necompetenței materiale, urmând ca astfel să fie interpretate prevederile art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă, prin prisma celor anterioare.”

#### II. Expunerea succintă a procesului

2. Prin contestația la executare înregistrată pe rolul Judecătoriei Râmnicu Vâlcea cu nr. 13.501/288/2013, contestatoarea S.C. „S.C.” — S.R.L. a chemat în judecată pe intimata A.M.A., solicitând anularea tuturor actelor de executare întocmite în Dosarul execuțional nr. 195/2013 al B.I.E.J. D.M., precum și a executării înseși.

3. În motivarea contestației s-a arătat că, potrivit Somației nr. 195/2013 din 9 decembrie 2013, i s-a pus în vedere să achite creditorului A.M.A. suma de 7.595 lei reprezentând despăgubiri egale cu salariile indexate, majorate și reactualizate și cu celelalte drepturi de care ar fi beneficiat, calculate potrivit încheierii executorului judecătoresc din 3 decembrie 2013, suma de 1.000 lei, cu titlu de cheltuieli de judecată, și suma de 2.363 lei, reprezentând cheltuieli de executare.

4. În motivarea cererii, contestatoarea a susținut, în esență, următoarele: Sentința civilă nr. 886 din 17 iunie 2013, pronunțată de Tribunalul Vâlcea, nu este titlu executoriu prin ea însăși, potrivit art. 377 din Codul de procedură civilă, întrucât în recurs a fost modificată în parte, prin Decizia civilă nr. 2.814 din 9 septembrie 2013 a Curții de Apel Pitești; prin sentința pusă în executare nu se precizează perioada pentru care se acordă despăgubirile, în condițiile în care în mod obligatoriu această perioadă este stabilită până la reintegrare; intimății nu i s-a desfăcut contractul de muncă, aceasta figurând și în prezent ca angajată a societății; creanța pusă în executare nu este certă și lichidă, fiind încălcate dispozițiile art. 662 alin. (1) din Codul de procedură civilă; cuantumul creanței nu rezultă din cuprinsul hotărârii puse în executare, iar modul de stabilire a debitului este nelegal, cât timp expertul V. calculează despăgubiri pentru perioada ianuarie—decembrie 2013, deși hotărârea nu stabilește perioada pentru care se datorează drepturi salariale.

5. În drept a invocat dispozițiile art. 651 alin. (1) lit. b), art. 651 alin. (4), art. 711 alin. (1), art. 712 și art. 713 din Codul de procedură civilă.

6. Prin Sentința civilă nr. 1.591 din 21 martie 2014 Judecătoria Râmnicu Vâlcea a admis în parte contestația la executare, a anulat în parte executarea însăși, precum și actele de executare întocmite de executorul judecătoresc D. M. în Dosarul de executare nr. 195/2013, pentru sumele de 7.595 lei reprezentând despăgubiri, 500 lei reprezentând onorariu expert, 800 lei reprezentând onorariu avocat și 800 lei reprezentând onorariu executor judecătoresc.

7. În considerentele sentinței s-a reținut că titlul executoriu este reprezentat de o hotărâre judecătorească, însă criticile formulate impun verificarea acestora prin prisma considerentelor și dispozitivului sentinței puse în executare și deciziei pronunțate în recurs. În acest sens s-a constatat că prin Sentința nr. 886 din 17 iunie 2013 a Tribunalului Vâlcea a fost admisă contestația formulată de intimată, au fost anulate deciziile B61 din 30 noiembrie 2012, B 69 din 20 decembrie 2012 și B 22 din 22 ianuarie 2013, s-a dispus *reintegrarea* contestatoarei A.M. pe postul deținut anterior desfacerii contractului individual de muncă, a fost obligată intimata S.C. „S.C.” — S.R.L. la plata unei despăgubiri egale cu salariile indexate, majorate și actualizate și cu celelalte drepturi de care ar fi beneficiat, din care urma a fi scăzută indemnizația pentru concediul de odihnă din luna decembrie 2012, la plata contribuțiilor datorate statului în calitate de angajator, la completarea corespunzătoare a contractului individual de muncă și la plata cheltuielilor de judecată în sumă de 1.000 lei. Recursul declarat de S.C. „S.C.” — S.R.L. împotriva sentinței a fost admis prin Decizia nr. 2.814 din 9 septembrie 2013, fiind modificată în parte soluția, în sensul că s-a respins cererea de anulare a deciziei B61 din 30 noiembrie 2012, ca rămasă fără obiect, și a Deciziei B22 din 22 ianuarie 2013, ca inadmisibilă, fiind menținută în rest sentința.

8. De asemenea s-a constatat că, potrivit considerentelor celor două hotărâri, contestatoarea, în calitate de angajator, a emis trei decizii, și anume: Decizia B 61 din 30 noiembrie 2012 prin care a stabilit că, începând cu 24 decembrie 2012, încetează contractul de muncă al intimății, în temeiul art. 61 lit. a) din Legea nr. 53/2003 — Codul muncii (*Codul muncii*);

Decizia B 69 din 20 decembrie 2012, prin care angajatorul și-a exprimat disponibilitatea de a reveni asupra deciziei inițiale și a dispus anularea acesteia, cu consecința aplicării avertismentului, iar perioada 5 decembrie 2012—31 decembrie 2012 a fost considerată concediu de odihnă aferent anului 2012; prin aceeași decizie s-a dispus ca, începând cu 3 ianuarie 2013 intimata să fie detașată pe timp nelimitat la punctul de lucru B. ca lucrător comercial, fără obligativitatea depunerii garanției materiale de gestiune; Decizia B 22 din 22 ianuarie 2013 prin care s-a anulat sancțiunea avertisment și s-a înlocuit expresia „detașare pe termen nelimitat la punctul de lucru B. al societății” cu expresia „delegare pe termen de 6 luni la punctul de lucru B.”

9. La momentul formulării cererii de executare silită — 7 noiembrie 2013, sentința a cărei executare s-a solicitat fusese modificată în parte, prin decizia din recurs, conform celor arătate anterior.

10. De asemenea, prima instanță a mai reținut că este necontestat faptul că, potrivit considerentelor și dispozitivului deciziei pronunțate în recurs, a fost menținută sentința în rest, inclusiv în privința acordării despăgubirilor, dar că, deși a fost menținută soluția cu privire la acordarea de despăgubiri, temeiul a fost modificat, în sensul că Tribunalul Vâlcea a motivat admiterea acestui capăt de cerere pe dispozițiile art. 80 alin. (1) din Codul muncii, iar Curtea de Apel Pitești a justificat acordarea lor pentru acoperirea prejudiciului corespunzător perioadei în care intimata nu a putut exercita muncă din culpa angajatorului.

11. În raport cu acest criteriu, coroborat cu soluția de respingere, ca rămasă fără obiect, a contestației formulate de intimată împotriva deciziei de concediere (în considerarea revocării acesteia în mod unilateral cu efect retroactiv), prima instanță a apreciat că recunoașterea dreptului la despăgubiri egale cu salariile indexate, majorate și reactualizate se impune doar pentru perioada în care intimata nu a prestat muncă din culpa angajatorului. Însă aceasta nu a pretins că nu a putut presta muncă din culpa angajatorului, iar din înscrisurile depuse a rezultat că în REVISAL este înregistrat contractul de muncă pentru intimată, pentru o perioadă nedeterminată, nefigurând nicio întrerupere.

12. Împotriva sentinței de primă instanță a declarat apel intimata A.M.A., care a susținut că sentința este nelegală și netemeinică, întrucât din cele două hotărâri judecătorești pronunțate în litigiul anterior dintre părți rezultă că Decizia nr. B 61 din 30 noiembrie 2012 a rămas fără obiect, fiind anulată prin Decizia nr. B 69 din 20 decembrie 2012. De asemenea, în mod greșit s-a reținut de către prima instanță că nu ar fi prestat activitate și nu era nevoie de reintegrare, întrucât contractul de muncă nu încetase, deoarece decizia de desfacere a acestui contract și-a produs efectele de la data comunicării.

13. Sentința a fost criticată și sub aspectul reducerii onorariului de avocat achitat pentru faza executării silite.

14. Prin Decizia civilă nr. 380/A din 28 octombrie 2014 a Tribunalului Vâlcea — Secția I civilă a fost admis apelul, anulată sentința și fixat termen pentru rejudecare.

15. În considerentele deciziei s-a reținut că, așa cum rezultă din prevederile art. 711 alin. (1) și (2) din Codul de procedură civilă, pe calea contestației la executare propriu-zise pot fi contestate executarea silită însăși, orice act de executare, încheierile date de executorul judecătoresc, refuzul acestuia de a îndeplini un act de executare, iar pe calea contestației la titlu se poate solicita lămurirea înțeleșului, întinderii ori aplicării unui titlu executoriu constând într-o hotărâre judecătorească, dacă nu s-a utilizat procedura prevăzută de art. 443 din Codul de procedură civilă.

16. Prin contestația la executare, astfel cum a fost intitulată de partea reclamantă, s-a solicitat anularea actelor de executare

și încetarea a înseși executării silite declanșate în temeiul Sentinței civile nr. 886 din 17 iunie 2013 pronunțate de Tribunalul Vâlcea.

17. Tribunalul a apreciat că ori de câte ori pe calea unei contestații la executare se ridică chestiuni care țin de aprecierea legalității unei executări silite în raport cu stabilirea dispozițiilor titlului executoriu constând într-o hotărâre judecătorească, instanța investită cu soluționarea contestației este datoare a stabili cadrul procesual sub aspectul obiectului și tipului contestației, respectiv dacă voința părții contestatoare a fost în sensul formulării unei contestații propriu-zise sau și al formulării unei contestații la titlu. Acest fapt, întemeiat în drept pe prevederile art. 22 din Codul de procedură civilă, se impune cu atât mai mult cu cât legea procesuală conține dispoziții speciale în materie de competență pentru cele două tipuri de contestații.

18. Tribunalul a mai avut în vedere și împrejurarea că, odată declanșată executarea silită, eventualele lămuriri cu privire la întinderea, aplicarea unei hotărâri judecătorești pot fi solicitate numai pe calea contestației la titlu, acesta constituind momentul în timp de la care se poate uza de procedura menționată.

19. În acest context s-a apreciat că, deși prima instanță a soluționat contestația la executare, a încălcat prevederile legale menționate, în sensul că după punerea în discuția părților nu a lămurit exact obiectul investiției, fapt ce echivalează practic cu necercetarea obiectului pricinii.

20. În faza de rejudicare, contestatoarea debitoare a susținut că a înțeles să formuleze o contestație la titlu și o contestație la executare propriu-zisă, ceea ce a determinat, conform Încheierii de ședință din 17 februarie 2015, dezbateri atât cu privire la admisibilitatea investiției instanței în această etapă procesuală cu o contestație la titlu, cât și cu privire la disjungerea acesteia și stabilirea competenței de soluționare.

21. În aceste condiții, instanța a apreciat că se impune sesizarea Înaltei Curți de Casație și Justiție în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile cu privire la dezlegarea acestor chestiunilor de drept.

### III. Motivele de admisibilitate reținute de titularul sesizării

22. Prin Încheierea pronunțată în data de 24 martie 2015, în Dosarul nr. 13.501/288/2013, Tribunalul Vâlcea — Secția I civilă a apreciat că sunt îndeplinite cerințele cumulative prevăzute de art. 519 din Codul de procedură civilă, întrucât există o cauză în curs de judecată, completul de judecată care sesizează instanța supremă judecă în ultimă instanță, față de prevederile art. 717 alin. (1) din Codul de procedură civilă, cauza se află în competența materială a tribunalului potrivit art. 95 pct. 2 din Codul de procedură civilă, soluționarea pe fond a cauzei depinde de soluționarea chestiunilor a căror lămurire se solicită, iar aceste chestiuni nu au mai format obiectul unei statuări obligatorii a Înaltei Curți de Casație și Justiție sau al unui recurs în interesul legii în curs de soluționare (astfel cum rezultă din cercetarea site-ului instanței).

23. Cu privire la penultima condiție, tribunalul a apreciat că este îndeplinită, întrucât ca instanță de apel rejudică pricina în condițiile art. 480 alin. (3) din Codul de procedură civilă. Necesitatea interpretării art. 478 alin. (4) prin prisma art. 478 alin. (1) din Codul de procedură civilă are legătură cu soluția adoptată asupra fondului cauzei, atât în limitele în care a avut loc judecata în primă instanță, cât și în cele determinate de precizările ulterioare anulării sentinței. Legătura strânsă dintre chestiunile de drept ce formează obiectul sesizării și obiectul cauzei este relevată de faptul că analiza pretenției concrete, adică a legalității actelor de executare, respectiv a întinderii titlului executoriu, depinde de chestiunile menționate.

### IV. Punctul de vedere al completului de judecată cu privire la dezlegarea chestiunii de drept

24. Completul de judecată investit cu soluționarea apelului în Dosarul nr. 13.501/288/2013 al Tribunalului Vâlcea — Secția I civilă a apreciat, cu privire la prima chestiune de drept, că art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă excedează unor simple precizări și vizează pretenții (adică protejarea unor drepturi subiective civile sau a unor situații juridice pentru care calea judecătii este obligatorie) care sunt cuprinse implicit în actele de procedură întocmite de părți, adică rezultă din aspectele de fapt relatate, din susținerile formulate în legătură cu pretenții explicite. Aceste aspecte, coroborate cu faptul că alin. (4) al art. 478 din Codul de procedură civilă este subsecvent alin. (1) și (3) ale aceluiași articol, conduc la concluzia că pretențiile explicitate în faza judecătii în sensul arătat nu pot fi considerate cereri noi, formulate cu încălcarea limitelor efectului devolutiv, față de ce s-a judecat în primă instanță.

25. De asemenea, pretenția nouă în sensul alin. (3) al art. 478 din Codul de procedură civilă este pretenția care nu a fost adusă niciodată în fața primei instanțe, însă denumirea ori încadrarea juridică a cererii, ca formă de manifestare a pretenției, sunt în căderea instanței, astfel cum rezultă din art. 22 din Codul de procedură civilă. Potrivit alin. (9) al acestui text de lege, obiectul și limitele procesului rezultă din cererile și apărările părților. Formularea unor cereri în justiție poate fi clară atât sub aspectul pretențiilor concrete, cât și al precizării elementelor de fapt și drept care le susțin, dar poate fi și exprimată într-o formă care impune necesitatea unor lămuriri. Indiferent dacă aceste lămuriri sunt necesare pentru stabilirea calificării juridice ori a limitelor investiției, ele au ca premisă esențială tot cererea ori actul de procedură care conține apărarea.

26. Cu privire la cea de-a doua chestiune de drept, tribunalul a apreciat că art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă, sub aspectul competenței materiale, trebuie interpretate și aplicate în mod strict, iar instanța de apel, în cazul în care rejudică o cauză, în limitele efectului devolutiv reglementat de art. 477 și 478 din Codul de procedură civilă, evocând fondul în temeiul art. 480 alin. (3) teza I din același act normativ, nu se transformă niciodată în „primă instanță”.

### V. Punctul de vedere al părților cu privire la dezlegarea chestiunii de drept

27. Prin Încheierea din 17 martie 2015 instanța a amânat pronunțarea, la cererea părților, pentru ca acestea să depună, în scris, puncte de vedere cu privire la sesizarea Înaltei Curți de Casație și Justiție, în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile. Din verificarea actelor dosarului rezultă că aceste puncte de vedere nu au fost depuse.

28. După comunicarea raportului întocmit de judecătorii-raportori, părțile nu și-au exprimat punctul de vedere asupra chestiunii deduse judecătii, așa cum prevăd dispozițiile art. 520 alin. (10) din Codul de procedură civilă.

### VI. Punctul de vedere teoretic exprimat de specialiștii din cadrul Facultății de Drept — Universitatea din București

29. La dosar a fost depus punctul de vedere formulat de domnii profesori universitari doctori Viorel Mihai Ciobanu și Gabriel Boro, care au arătat că în noul Cod de procedură civilă s-a introdus ca o dispoziție nouă prevederea art. 478 alin. (4), preluată parțial din legislația franceză, care permite părților explicitarea pretențiilor cuprinse implicit în cererile și apărările adresate primei instanțe, dar că „prin aplicarea art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă nu s-a voit și nu se poate ajunge la schimbarea cadrului procesual sub aspectul obiectului prin încălcarea art. 478 alin. (1) și (3) din Codul de procedură civilă,

ci numai la explicitarea lui în raport cu cererea formulată în primă instanță. Tocmai de aceea, instanțele de apel sunt datoare să examineze cu atenție cererile și apărările părților formulate în apel și să determine exact sensul lor pentru a nu decide eronat că este vorba de cereri noi, textul art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă neputând fi interpretat excesiv de larg, ca să ducă la anihilarea art. 478 alin. (1) și (3) din Codul de procedură civilă, dar nefiind de acceptat nicio interpretare prea restrictivă, care să facă inaplicabilă această dispoziție”. În legătură cu cea de-a doua întrebare s-a menționat că „art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă nu are nicio incidență asupra excepției de necompetență materială și că aceasta poate fi invocată, astfel cum rezultă în mod expres din art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă, la primul termen de judecată la care părțile sunt legal citate, dacă din dosar rezultă suficiente elemente pentru verificarea competenței sau la termenul [singurul posibil, conform art. 131 alin. (2) din Codul de procedură civilă] acordat pentru lămuriri sau probe suplimentare privind competența. Acest regim sever al excepției de necompetență poate fi atenuat în situația în care una dintre părți a invocat în termen excepția de necompetență și prima instanță a respins-o sau a omis să se pronunțe asupra ei, când poate fi formulat pe acest aspect motiv de apel; în aceeași modalitate se va proceda și când, în temeiul art. 131 din Codul de procedură civilă, instanța primă de fond a stabilit din oficiu că este sau nu competentă material, deși a existat, după caz, opoziția uneia sau a ambelor părți și când cel interesat poate formula motiv de apel.”

#### VII. Raportul asupra chestiunii de drept

30. Prin raportul întocmit în cauză, conform art. 520 alin. (8) din Codul de procedură civilă, s-a apreciat că prima chestiune de drept din conținutul sesizării întrunește condițiile de admisibilitate prevăzute de art. 519 din Codul de procedură civilă. Pe fond s-a concluzionat că dispozițiile art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă nu pot fi înțelese ca derogând de la prevederile alin. (1) și (3) ale aceluiași articol, scopul reglementării nefiind acela de a schimba cadrul procesual în apel, ci de a supune judecării și cererile virtuale sau implicite, rămase în mod eronat nesoluționate de către prima instanță, deși făcuseră obiectul investiției acesteia.

31. Când privește cea de-a doua chestiune de drept, judecătorii-raportori au constatat că aceasta nu îndeplinește condițiile de admisibilitate prevăzute de art. 519 din Codul de procedură civilă vizând cerința noutății și a influențării soluționării cauzei pe fond, pentru declanșarea mecanismului de unificare prin pronunțarea unei hotărâri prealabile, așa încât sesizarea trebuie respinsă ca inadmisibilă.

#### VIII. Înalta Curte de Casație și Justiție

Examinând sesizarea în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile, raportul întocmit de judecătorii-raportori și chestiunea de drept ce se solicită a fi dezlegată, constată următoarele:

32. Prealabil analizei în fond a problemei de drept supuse dezbaterii, Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept are a analiza dacă, în raport cu întrebarea formulată de titularul sesizării, sunt îndeplinite cumulativ condițiile de admisibilitate în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile, față de prevederile art. 519 din Codul de procedură civilă.

33. Potrivit dispozițiilor amintite, „Dacă, în cursul judecării, un complet de judecată al Înaltei Curți de Casație și Justiție, al curții de apel sau al tribunalului, investit cu soluționarea cauzei în ultimă instanță, constatând că o chestiune de drept, de a cărei lămurire depinde soluționarea pe fond a cauzei respective, este nouă și asupra acesteia Înalta Curte de Casație și Justiție nu a statuat și nici nu face obiectul unui recurs în interesul legii în

curs de soluționare, va putea solicita Înaltei Curți de Casație și Justiție să pronunțe o hotărâre prin care să dea rezolvare de principiu chestiunii de drept cu care a fost sesizată”.

34. Prin această reglementare, legiuitorul a instituit o serie de condiții de admisibilitate pentru declanșarea procedurii de sesizare în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile, condiții care trebuie să fie întrunite în mod cumulativ, după cum urmează:

- existența unei cauze aflate în curs de judecată;
- instanța care sesizează Înalta Curte de Casație și Justiție să judece cauza în ultimă instanță;
- cauza care face obiectul judecării să se afle în competența legală a unui complet de judecată al Înaltei Curți de Casație și Justiție, al curții de apel sau al tribunalului investit să soluționeze cauza;
- soluționarea pe fond a cauzei în curs de judecată să depindă de chestiunea de drept a cărei lămurire se cere;
- chestiunea de drept a cărei lămurire se cere să fie nouă;
- chestiunea de drept să nu fi făcut obiectul statuării Înaltei Curți de Casație și Justiție și nici obiectul unui recurs în interesul legii în curs de soluționare.

35. În ceea ce privește prima chestiune de drept cuprinsă în sesizarea formulată de Tribunalul Vâlcea — Secția I civilă, referitoare la interpretarea și aplicarea dispozițiilor art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă, se constată că sunt îndeplinite condițiile de admisibilitate, întrucât sesizarea pune în discuție o chestiune de drept vizând semnificația cererilor implicite sau virtuale cu a căror judecată poate fi investită instanța de apel fără ca aceasta să însemne modificarea cadrului procesual în această etapă jurisdicțională; de lămurirea chestiunii de drept poate depinde soluționarea fondului cauzei întrucât, în speță, după anularea hotărârii de primă instanță, se pune problema determinării, și prin explicitarea pretențiilor, a fondului cererii cu a cărei evocare este investită instanța de apel; chestiunea de drept este nouă, în reglementarea anterioară a apelului neregăsindu-se o prevedere similară; de asemenea, asupra acesteia Înalta Curte de Casație și Justiție nu a statuat și nici nu constituie obiect al unui recurs în interesul legii în curs de soluționare; sesizarea s-a făcut de un complet investit cu soluționarea pricinii în ultimă instanță.

36. **Asupra dezlegării chestiunii de drept**, Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept observă că obiectul sesizării vizează limitele efectului devolutiv respectiv, în ce măsură dispozițiile art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă, care dau posibilitatea părților să expliciteze pretențiile care au fost cuprinse implicit în cererile sau apărările adresate primei instanțe, se constituie într-o derogare de la celelalte alineate, referitoare la interdicția modificării cadrului procesual în etapa jurisdicțională a apelului.

37. În ce privește devoluțiunea care poate fi realizată în cadrul acestei căi de atac de reformare, ea rămâne guvernată, la fel ca în Codul de procedură civilă din 1865, de două reguli fundamentale: *tantum devolutum quantum appellatum* și *tantum devolutum quantum iudicatum*.

38. În timp ce concretizarea primei reguli se regăsește în dispozițiile art. 477 din Codul de procedură civilă (limitele efectului devolutiv sunt determinate de ceea ce s-a apelat), cea de-a doua este reglementată de art. 478 din Codul de procedură civilă, care limitează efectul devolutiv la ceea ce s-a judecat în primă instanță.

39. Această din urmă regulă, care interesează în dezlegarea chestiunii de drept semnalate, înseamnă interdicția pentru părți de a schimba cadrul procesual [alin. (1) al art. 478 din Codul de procedură civilă], de a se folosi de alte motive, mijloace de apărare și dovezi decât cele invocate în primă instanță, în

motivarea apelului ori prin întâmpinare [alin. (2) al aceluiași articol] și, de asemenea, interdicția schimbării calității părților, a cauzei sau obiectului cererii de chemare în judecată, precum și a formulării de pretenții noi [alin. (3) al art. 478 din Codul de procedură civilă].

40. În același timp, acest principiu, *tantum devolutum quantum iudicatum*, cunoaște o nuanțare, inexistentă în reglementarea anterioară, dată de dispozițiile alin. (4), care permit părților să expliciteze pretențiile cuprinse implicit în cererile sau apărările adresate primei instanțe.

41. Reglementarea alin. (4) al art. 478 din Codul de procedură civilă este de inspirație franceză, preluând, în parte, dispozițiile art. 566 din Codul de procedură civilă francez (text potrivit căruia părțile pot explicita pretențiile care fuseseră cuprinse în mod virtual în cererile și apărările formulate în primă instanță și să adauge la acestea toate cererile care sunt accesoriul, consecința acestora sau sunt complementare acestora).

42. Se observă că legiuitorul român a fost mai restrictiv, permițând doar o explicitare a pretențiilor implicite, nu și formularea de cereri accesorii sau complementare în apel.

43. În privința posibilității recunoscute părții de a aduce astfel de lămuriri în calea de atac a apelului trebuie subliniat că ele vizează pretențiile virtuale, adică acelea a căror existență, chiar dacă nu și-au găsit o exprimare expresă în cererea dedusă judecătii în primă instanță, putea fi dedusă din modul de formulare a pretenției principale (a cărei rezolvare integrală presupunea și rezolvarea unei pretenții virtuale sau implicite).

44. Așa cum s-a subliniat în doctrină, textul art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă se justifică prin două funcții: corectarea sau precizarea formulărilor incorecte, incomprehensibile, ambigue ori insuficiente cu privire la pretenții; aducerea în atenția instanței a unor cereri secundare, care derivă virtualmente din cererea principală sau din apărările făcute în raport cu această cerere. Astfel se asigură, pe de o parte, rezolvarea integrală a litigiului și posibilitatea valorizării efective a drepturilor dobândite prin hotărâre, iar, pe de alta, plenitudinea devoluțiunii, fără a se ignora limitele acesteia.

45. De asemenea s-a arătat că o asemenea explicitare nu poate fi raportată decât la pretențiile formulate în cererile sau apărările adresate primei instanțe, o explicitare a unor pretenții subsecvente judecătii în primă instanță fiind inadmisibilă [cu rezerva, bineînțeles, a cererilor vizând dobânzi, rate, venituri ajunse la termen și orice alte despăgubiri ivite după pronunțarea hotărârii, care fac obiect de reglementare pentru alin. (5) al art. 478 din Codul de procedură civilă].

46. Pentru a exista o cerere implicită sau virtualmente cuprinsă în ceea ce a fost dedus judecătii în primă instanță este necesar să existe o legătură strânsă, de așa manieră încât în absența acesteia pretenția principală să nu își poată găsi o dezlegare integrală ori o rezolvare corectă.

47. De exemplu, atunci când soluția dată unei chestiuni litigioase presupune ca antecedent logic soluționarea unei alte chestiuni litigioase, aceasta din urmă trebuie considerată ca implicită în cererea principală.

48. Este situația regăsită și într-o contestație la executare în care, punându-se în discuție legalitatea actelor executorului, se pretinde că acestea nu sunt conforme titlului executoriu care, fiind reprezentat de o hotărâre judecătorească, era susceptibil de lămuriri care să fie aduse înțelesului, întinderii și aplicării dispozitivului (adică, de o contestație la titlu) și abia apoi să se treacă la o executare corectă a acestuia.

49. Împrejurarea că în conținutul cererii de primă instanță nu s-a precizat expres că, separat de contestația la executare se formulează și contestație la titlu, deși din argumentarea

pretenției referitoare la nelegalitatea actelor executorului rezulta că ceea ce se contesta, prioritar, era modalitatea în care fusese înțeles titlul și se trecuse la punerea lui în executare, impunea obligația pentru instanță de a proceda, astfel cum prevede art. 22 din Codul de procedură civilă, la calificarea și la stabilirea corectă a cadrului judecătii (care presupunea inclusiv aspecte legate de competență, față de jurisdicțiile diferite pe care le atrăgeau cele două forme de contestație).

50. În absența unei asemenea clarificări în primă instanță îi revine instanței de apel obligația ca, în condițiile art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă, să solicite și să primească lămuririle părții în legătură cu cererile implicite pe care aceasta pretinde că le-ar fi dedus judecătii prin actul de sesizare a instanței.

51. Asemenea cereri virtuale sau implicite nu sunt însă cereri noi, iar instanței îi revine obligația și puterea ca, din oficiu ori la solicitarea părții, după caz, să aprecieze dacă o anumită cerere a fost virtualmente cuprinsă în cererea reclamantului ori în apărarea pârâtului, atunci când legea însăși nu prevede accesorialitatea sau subsidiaritatea unor cereri.

52. Așadar, precizările care pot fi aduse pretențiilor în faza procesuală a apelului nu pot fi pretext pentru nesocotirea limitelor devoluțiunii și deducerea în fața judecătii a unor cereri noi. În același timp, asemenea precizări sau explicitări nu pot fi înlăturate sub motiv că, în absența pronunțării primei instanțe asupra respectivelor pretenții, ele nu ar putea fi analizate pentru prima dată în apel întrucât s-ar încălca principiul *tantum devolutum quantum iudicatum*.

53. Dispozițiile art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă aduc o atenuare sau nuanțare a acestui principiu pentru ipoteza în care, de exemplu, în condițiile unei redactări defectuoase, imprecise a cererii ori a lipsei rolului activ al primei instanțe nu s-a observat că pretenției principale îi era atașată, implicit, și o altă pretenție, în absența rezolvării căreia cererea principală fie nu își are o rezolvare corectă, fie primește o rezolvare incompletă.

54. Astfel fiind, revine instanței sarcina să aprecieze caracterul de pretenție implicită sau virtuală a cererilor ori apărărilor din prima instanță, în așa fel încât să nu se ajungă, sub pretextul explicitării, la formularea unor cereri noi — ceea ce ar nesocoti limitele devoluțiunii în apel —, dar nici să rămână nesoluționate pretenții doar pentru că ele au fost defectuos exprimate.

55. În concluzie, dispozițiile art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă nu pot fi înțelese ca derogând de la prevederile alin. (1) și (3) ale aceluiași articol, scopul reglementării nefiind acela de a schimba cadrul procesual în apel, ci de a supune judecătii și cererile virtuale sau implicite, rămase în mod eronat nesoluționate de către prima instanță, deși făcuseră obiectul investiției acesteia.

56. **Cea de-a doua chestiune de drept** care face obiectul pronunțării hotărârii prealabile pentru dezlegarea modului de interpretare și aplicare a dispozițiilor art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă vizează formularea unui răspuns la întrebarea dacă „*în situația în care în apel, fie din interpretarea art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă, fie în limitele efectului devolutiv, prevăzut de art. 477 din Codul de procedură civilă, se poate invoca excepția necompetenței materiale, urmând ca astfel să fie interpretate prevederile art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă, prin prisma celor anterioare*”.

57. O primă observație este aceea că se impune stabilirea obiectului acestei părți a sesizării întrucât, deși norma de procedură instituie aptitudinea titularului sesizării de a hotărî dacă o chestiune de drept are relevanța necesară pentru a face

obiectul sesizării în temeiul art. 519 din Codul de procedură civilă, totuși, revine Înaltei Curte de Casație și Justiție sarcina analizării pertinentei întrebării și necesității pronunțării unei hotărâri prealabile.

58. Această analiză presupune, în primul rând, evaluarea calității și clarității întrebării formulate de către titularul sesizării, ca premisă a formulării unui răspuns util, fiind criticabilă opțiunea titularului sesizării de a formula o întrebare într-o manieră necenzurată, incoerentă, în care se tinde la plasarea ei în câmpul ipotezelor, ceea ce îi atenuază precizia.

59. În acest context și pentru a da coerență întrebării se constată, față de obiectul litigiului, că titularul sesizării a considerat necesară intervenția mecanismului de unificare pentru clarificarea chestiunii de drept referitoare la posibilitatea invocării excepției de necompetență materială în limitele efectului devolutiv al judecării unei cauze în apel, în interpretarea și aplicarea dispozițiilor art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă.

60. Verificând această chestiune de drept din perspectiva condițiilor de admisibilitate prevăzute de art. 519 din Codul de procedură civilă, Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept constată, mai întâi, că nu este îndeplinită condiția noutății chestiunii de drept cu care a fost sesizată.

61. Dispozițiile art. 130 alin. (2) din Codul de procedură civilă stabilesc că necompetența materială și teritorială de ordine publică trebuie invocată de părți ori de judecător la primul termen de judecată la care părțile sunt legal citate în fața primei instanțe.

62. Potrivit art. 131 alin. (1) din Codul de procedură civilă, la primul termen de judecată la care părțile sunt legal citate în fața primei instanțe, judecătorul este obligat, din oficiu, să verifice și să stabilească dacă instanța sesizată este competentă general, material și teritorial să judece pricina, consemnând în cuprinsul încheierii de ședință temeiurile de drept pentru care constată competența instanței sesizate, încheierea având caracter interlocutoriu, iar în conformitate cu alin. (2) al aceluiași articol, în mod excepțional, în cazul în care pentru stabilirea competenței sunt necesare lămuriri ori probe suplimentare, judecătorul va pune această chestiune în discuția părților și va acorda un singur termen în acest scop.

63. Aceste prevederi legale referitoare la regimul de invocare a excepției de necompetență de ordine publică și la modalitatea sa de soluționare nu prezintă o noutate legislativă în planul dreptului procesual.

64. Aceleași limite procedurale referitoare la posibilitatea și momentul invocării excepției, la obligația judecătorului de a verifica din oficiu competența instanței sesizate și de a consemna în încheiere interlocutorie cele reținute referitor la competență existau și anterior intrării în vigoare a Legii nr. 134/2010 privind Codul de procedură civilă.

65. Astfel, potrivit dispozițiilor art. 159<sup>1</sup> alin. 2 și 4 din Codul de procedură civilă din 1865, introdus prin Legea nr. 202/2010 privind unele măsuri pentru accelerarea soluționării proceselor, necompetența materială și teritorială de ordine publică putea fi invocată de judecător sau de părți la prima zi de înfățișare în fața primei instanțe, dar nu mai târziu de începerea dezbaterilor asupra fondului, iar judecătorul era obligat, la prima zi de înfățișare, să își verifice competența, consemnând în încheierea de ședință temeiurile reținute.

66. Chiar dacă nu se poate pune semnul echivalenței între primul termen de judecată la care părțile sunt legal citate și prima zi de înfățișare, potrivit reglementărilor succesive care guvernează regimul procesual al excepției de ordine publică, această distincție nu prezintă importanță pentru evaluarea

caracterului de noutate al chestiunii de drept în discuție, de vreme ce se pot desprinde două reguli comune relevante în cauză, care transcend în succesiunea codurilor: că necompetența de ordine publică se poate invoca numai până la un anumit moment procesual și că excepția necompetenței se poate invoca numai în fața primei instanțe.

67. În acest sens, fără a absolutiza criteriul vechimii chestiunii de drept a cărei lămurire se solicită pe calea sesizării în vederea pronunțării unei hotărâri prealabile, dar și fără a-l raporta în mod exclusiv la data adoptării actului normativ supus dezbaterii, se constată că ceea ce este important sub acest aspect sunt existența și dezvoltarea unei jurisprudențe continue în această materie în aplicarea art. 159<sup>1</sup> din Codul de procedură civilă din 1865, reglementare comparabilă cu cea a art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă. Este adevărat că noutatea unei chestiuni de drept poate fi generată nu numai de o reglementare nou-intrată în vigoare, ci și de una veche — dar, în acest din urmă caz, doar dacă o instanță este chemată să se pronunțe asupra respectivei probleme de drept pentru prima dată, ceea ce nu este cazul.

68. Prin urmare, caracterul de noutate se pierde, pe măsură ce chestiunea de drept a primit o dezlegare din partea instanțelor, în urma unei interpretări adecvate, iar eventualele opinii jurisprudențiale izolate sau pur subiective nu ar putea constitui temei declanșator al mecanismului pronunțării unei hotărâri prealabile.

69. Distinct însă de acest aspect se constată și că Înalta Curte de Casație și Justiție a statuat asupra acestei chestiuni, prin Decizia nr. 113 din 21 ianuarie 2013, pronunțată de Secția I civilă (publicată în extras pe site-ul: <http://www.juridice.ro/313875/iccj-necompetenta-de-ordine-publica-nu-mai-poate-fi-invocata-in-orice-faza-a-procesului.html>), decizie prin care s-a stabilit că necompetența materială, deși este de ordine publică, nu mai poate fi invocată în orice fază a procesului, ci numai în fața primei instanțe, *in limine litis*, iar „art. 159<sup>1</sup> alin. (2) din Codul de procedură civilă, introdus prin art. I pct. 23 din Legea nr. 202/2010, prevede că necompetența materială și teritorială de ordine publică poate fi invocată de părți ori de către judecător la prima zi de înfățișare în fața primei instanțe, dar nu mai târziu de începerea dezbaterilor asupra fondului. În consecință, necompetența de ordine publică nu mai poate fi invocată direct în apel sau recurs”.

70. Deși textul art. 519 din Codul de procedură civilă nu prevede în mod expres, spre deosebire de legislația procesual penală internă, modalitatea prin care Înalta Curte de Casație și Justiție să fi statuat asupra chestiunii de drept ce formează obiectul sesizării, prin pronunțarea unei decizii în recurs în interesul legii sau prin pronunțarea unei hotărâri prealabile, Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept constată, în acord cu doctrina în materie, că textul legal are în vedere nu doar o hotărâre judecătorească obligatorie *erga omnes*, ci și una pronunțată într-un recurs în casație în măsura în care aceasta a fost dată publicității de așa manieră încât să fie cunoscută de titularii unor asemenea sesizări.

71. În această ordine de idei nu mai prezintă relevanță faptul că Înalta Curte de Casație și Justiție nu a dezlegat printr-un recurs în interesul legii chestiunea de drept în discuție sau că un astfel de recurs nu se află în curs de soluționare.

72. În concluzie, se apreciază că mecanismul de unificare a practicii judiciare reglementat de dispozițiile art. 519 din Codul de procedură civilă nu poate fi utilizat atât timp cât legiuitorul a limitat, prin condiția restrictivă de admisibilitate analizată, rolul unificator al instituției juridice a hotărârii prealabile numai în

privința chestiunilor de drept noi și asupra cărora Înalta Curte de Casație și Justiție nu a statuat.

73. Totodată, trebuie subliniat că se solicită interpretarea unor dispoziții legale care nu comportă o reală dificultate tocmai din cauza împrejurării că problema supusă analizei nu implică noutate. Titularul sesizării arată, cu privire la cea de-a doua chestiune care face obiectul sesizării, că art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă trebuie aplicate restrictiv, iar instanța de apel, în cazul în care rejudecă o cauză evocând fondul, în temeiul art. 480 alin. (3) din Codul de procedură civilă, nu se transformă niciodată în primă instanță.

74. Rezultă, din chiar considerentele expuse de către titularul sesizării, că nu este vorba de deducerea spre interpretare a unor texte de lege lacunare ori controversate care să necesite interpretarea printr-o hotărâre prealabilă.

75. Se pune, nu în ultimul rând, problema eficienței sesizării raportată la rezolvarea litigiului în care a intervenit, adică a aptitudinii procedurii de a-și atinge scopul, câtă vreme nu este identificată o problemă de drept care să necesite cu pregnanță a fi lămurită, care să prezinte o dificultate suficient de mare, în măsură să reclame intervenția instanței supreme în scopul rezolvării de principiu a chestiunii de drept.

76. Procedura sesizării Înaltei Curți de Casație și Justiție cu pronunțarea unei hotărâri prealabile pentru dezlegarea unor chestiuni de drept are o natură juridică *sui generis*, care se circumscrie unui incident procedural ivit în cursul procesului al cărui obiect îl constituie chestiunea de drept de care depinde soluționarea pe fond a cauzei.

77. În jurisprudența sa (Decizia nr. 1 din 18 noiembrie 2013, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 43 din 20 ianuarie 2014, Decizia nr. 2 din 17 februarie 2014, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 257 din 9 aprilie 2014, Decizia nr. 8 din 27 aprilie 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 431 din 17 iunie 2015 etc.), Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept a reținut în mod constant că obiectul sesizării l-ar putea constitui atât o chestiune de drept material, cât și una de drept procedural dacă, prin consecințele pe care le produce, interpretarea și aplicarea normei de drept au

aptitudinea să determine soluționarea pe fond a cauzei, rezolvarea raportului de drept dedus judecății.

78. Chestiunea de drept care face obiectul sesizării se circumscrie unei excepții de procedură, titularul sesizării punând în discuție posibilitatea de a invoca în apel, în rejudecarea cauzei în limitele efectului devolutiv din apel și evocând fondul, potrivit art. 480 alin. (3) teza I din Codul de procedură civilă, excepția de necompetență materială a instanței.

79. Această chestiune nu are însă aptitudinea de a influența soluționarea pe fond a cauzei, în sensul acestei concluzii pronunțându-se deja Înalta Curte de Casație și Justiție — Completul pentru dezlegarea unor chestiuni de drept, conform Deciziei nr. 1 din 18 noiembrie 2013, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 43 din 20 ianuarie 2014, prin care s-a statuat că excepția necompetenței nu influențează soluționarea fondului unei cauze, ci doar a unui incident procesual și că, impunându-se cu prioritate, analiza raportului de dependență dintre chestiunea de drept ce face obiectul sesizării și soluționarea pe fond a cauzei, acesta este inexistent în situația în care chestiunea de drept vizează o problemă de competență.

80. Complementar celor reținute în decizia menționată se constată că raportat la litigiul în care sesizarea Înaltei Curți de Casație și Justiție a fost promovată, titularul sesizării se află în faza de evocare a fondului în apel, după ce, în conformitate cu dispozițiile art. 480 alin. (3) din Codul de procedură civilă, a fost admis apelul, anulată sentința primei instanțe și fixat termen pentru rejudecarea fondului. În acest stadiu, sesizarea Înaltei Curți de Casație și Justiție nu ar avea oricum aptitudinea, chiar independent de argumentele anterioare, de a influența raportul de dependență între lămurirea chestiunii de drept care face obiectul sesizării și soluționarea pe fond a cauzei.

81. Pentru considerentele arătate se constată, cu referire la cea de-a doua întrebare, că nu sunt îndeplinite condițiile de admisibilitate prevăzute de art. 519 din Codul de procedură civilă vizând cerința noutății și a influențării soluționării cauzei pe fond, pentru declanșarea mecanismului de unificare prin pronunțarea unei hotărâri prealabile, astfel încât sesizarea urmează a fi respinsă ca inadmisibilă.

## ÎNALTA CURTE DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE

În numele legii

DECIDE:

Admite sesizarea formulată de Tribunalul Vâlcea — Secția I civilă în Dosarul nr. 13.501/288/2013 și, în consecință, stabilește că:

În interpretarea și aplicarea dispozițiilor art. 478 alin. (4) din Codul de procedură civilă, explicitarea pretențiilor implicite în apel nu are semnificația modificării cadrului procesual sub aspectul obiectului judecății și a derogării de la dispozițiile alin. (1) și (3) ale aceluiași articol, dar presupune corecta lămurire a limitelor judecății în prima instanță.

Respinge, ca inadmisibilă, sesizarea privind pronunțarea unei hotărâri prealabile pentru dezlegarea modului de interpretare și aplicare a dispozițiilor art. 130 alin. (2) și art. 131 din Codul de procedură civilă, în sensul de a se stabili dacă se poate invoca excepția necompetenței materiale în limitele efectului devolutiv al judecării unei cauze, în apel.

Obligatorie, potrivit dispozițiilor art. 521 alin. (3) din Codul de procedură civilă.

Pronunțată în ședință publică astăzi, 21 septembrie 2015.

VICEPREȘEDINTELE ÎNALTEI CURȚI DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE  
**IULIA CRISTINA TARCEA**

Magistrat-asistent,  
**Adriana Stamatescu**



# ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

## ORDIN

### privind modificarea și completarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015

Văzând Referatul de aprobare nr. DG nr. 1.656 din 1 octombrie 2015 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 51 alin. (1) lit. b) și alin. (5) lit. b) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, precum și Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, precum și art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

**președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emite următorul ordin:

**Art. I.** — Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 219 și 219 bis din 1 aprilie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La capitolul I articolul 3, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:

„(2<sup>1</sup>) Pentru anul 2016 includerea unităților de specialitate în programele naționale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, până la data de 31 decembrie 2015.”

2. La capitolul I articolul 3 alineatul (3), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale; selecția furnizorilor privați de servicii medicale se realizează conform prevederilor alin. (2<sup>1</sup>);”

3. La capitolul I articolul 3, alineatul (11) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(11) 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.”

4. La capitolul I articolul 8, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Includerea unităților de specialitate private care derulează programele naționale de sănătate curative se face potrivit art. 3 alin. (3) lit. c).”

5. La capitolul II articolul 21 alineatul (4), literele b) și c) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) ca urmare a actualizării Catalogului național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (*Canamed*) prin completarea/modificarea Listei de medicamente — denumiri comerciale; Lista se elaborează în termen de 15 zile de la actualizarea *Canamed* și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) în situația în care, în intervalul dintre două actualizări ale *Canamed*, un medicament cu autorizație de punere pe piață a obținut avizul Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul/preț cu ridicata pe unitatea terapeutică mai mic sau egal cu prețul de decontare, cu excepția medicamentelor a căror DCI este prevăzută 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 și care nu are niciun medicament — denumire comercială în Lista prevăzută la alin. (2). 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 furnizorilor care derulează programe naționale de sănătate, cu excepția diminuărilor de preț pentru medicamentele existente în Lista prevăzută la alin. (2) și a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.”

6. La capitolul III articolul 24, alineatele (3)—(6) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare/declarațiile de servicii, 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.

(4) În vederea decontării contravalorii medicamentelor materialelor sanitare specifice acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis, unitățile de specialitate depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi și borderouri centralizatoare distincte pe fiecare program național de sănătate curativ, respectiv pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aprobate de către comisiile de experți ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și pentru medicamentele corespunzătoare

DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum componenta prescriere și componenta eliberare pentru prescripțiile off-line, precum și pentru prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante și păstrează în evidența proprie prescripțiile medicale (componenta prescriere/filele de condică), acestea urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

(5) Pentru Programul național de diabet zaharat, farmaciile cu circuit deschis depun/transmit caselor de asigurări de sănătate borderouri centralizatoare în care vor fi evidențiate distinct medicamentele specifice insulină, insulină și ADO, ADO, după caz, precum și testele de automonitorizare.

(6) În vederea decontării contravalorii medicamentelor acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, inclusiv pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile depun/transmit caselor de asigurări de sănătate facturi și borderouri centralizatoare, în format electronic, cu semnătura electronică extinsă, cu evidențe distincte pe fiecare program național de sănătate curativ, respectiv borderouri pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aprobate de către comisiile de experți ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru care medicul utilizează formulare de prescripții distincte și pentru fiecare medicament pentru care au fost încheiate contracte cost-volum pentru care medicul utilizează formulare de prescripții distincte.

Pentru prescripțiile medicale electronice on-line, componenta prescriere și componenta eliberare se păstrează în evidența proprie a farmaciei, urmând a fi prezentate casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line și prescripțiile medicale cu regim special utilizate pentru prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope, componenta prescriere și componenta eliberare vor fi depuse la casele de asigurări de sănătate în vederea decontării.”

7. La capitolul III articolul 26, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 26. — (1) Unitățile sanitare prin care se derulează programe în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, pentru alte servicii medicale decât cele prevăzute la alin. (2), prezintă acestora, în primele 15 zile ale lunii următoare, indicatorii specifici programelor realizați în luna anterioară și documente justificative cu privire la sumele achitate, conform documentului emis de trezorerie care face dovada achitării în ordine cronologică a contravalorii facturii pentru medicamente și/sau materiale sanitare specifice aprovizionate, factura și cererea justificativă, însoțită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă.”

8. La capitolul III articolul 27, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Pentru serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute, dozarea hemoglobinei glicozilate și investigațiile PET-CT, furnizorii vor depune până la termenul prevăzut în contractul încheiat pentru derularea programului/subprogramului național curativ facturile și documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă. Casele de asigurări de sănătate vor analiza și vor valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situațiile prezentate de unitățile de specialitate și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate și acordării vizei de «bun de plată».

(3) Pentru serviciile de dializă și serviciile de radioterapie, furnizorii vor depune până la termenul prevăzut în contractul încheiat pentru derularea programului/subprogramului național curativ facturile și documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă. Casele de asigurări de sănătate vor analiza și vor valida, în termen de 5 zile lucrătoare de la primire, situațiile prezentate de unitățile de specialitate și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii facturilor în vederea decontării serviciilor efectuate și acordării vizei de «bun de plată».”

9. La capitolul IV articolul 30, alineatele (5)—(7), (9) și (14) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(5) 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. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adevărîței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adevrîței 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 de către copii cu vârsta cuprinsă între 14—18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI/CI/pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) 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. 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/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu și nu este necesară semnarea componentei eliberare. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adevărîței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adevrîței 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 de către copii cu vârsta cuprinsă între 14—18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI/CI/pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

(7) 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, dintre 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 cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia dacă aceasta nu poate prezenta cardul național de asigurări de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu 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 de către copii cu vârsta cuprinsă între 14—18 ani beneficiari ai prescripției medicale, eliberarea prescripției se face în baza BI/CI/pașaport și este necesară semnarea componentei eliberare.

.....  
(9) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, în cazul produselor biologice, precum și în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumirea comercială, cu excepția produselor biologice, 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. Prescrierea medicamentelor cu aprobarea comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se realizează în baza deciziilor de aprobare.

.....  
(14) Medicamentele specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, unele boli rare, boli endocrine, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum, precum și pentru tratamentul substitutiv cu metadonă cuprinși în programele naționale de sănătate curative se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală electronică on-line sau off-line sau prescripție medicală cu regim special utilizată pentru preparate stupefiante și psihotrope, după caz.”

**10.** La capitolul IV articolul 31, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de până la 30, respectiv 31 de zile, după caz, cu excepția medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecțiuni oncologice, cu scleroză multiplă, osteoporoză (numai medicamentele care se eliberează prin farmaciile cu circuit închis), hipertensiune arterială pulmonară, epidermoliză buloasă, scleroză tuberoasă, hiperfenilalaninemie la bolnavii diagnosticați cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterină și pentru stări posttransplant, respectiv a materialelor consumabile pentru pompele de insulină și a materialelor

sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă cuprinși în programele naționale de sănătate curative, pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz. Pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice și bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii și prognosticul bolii. În cadrul Programului național de tratament al hemofiliei și talasemiei pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu hemofilie, respectiv prevenția (substituție profilactică) și tratamentul accidentelor hemoragice (substituție «on demande») prescrierea și eliberarea medicamentelor pot fi de până la 90/91/92 de zile, după caz, cu obligativitatea din partea bolnavului ca la fiecare prescriere să prezinte medicului prescriptor ambalajele medicamentelor utilizate și să respecte condițiile de depozitare prevăzute pe ambalaj. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum este de până la 30—31 zile.”

**11.** La capitolul V, articolul 32 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 32. — Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive 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. 3 alin. (3), care sunt și în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz. Medicamentele în tratamentul ambulatoriu, eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii în baza actelor adiționale încheiate în acest sens.”

**12.** La capitolul V articolul 35, partea introductivă a alineatului (2) și literele b), f), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) În relațiile contractuale cu furnizorii, casele de asigurări de sănătate au și următoarele obligații:

.....  
b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

.....  
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 finalizării 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;

.....  
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 din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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, 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.”

**13.** La capitolul VIII, titlul „Programul național de boli cardiovasculare”, subtitlul „Criterii de eligibilitate”, litera c<sup>1</sup> se modifică și va avea următorul cuprins:

„c<sup>1</sup> pentru tratamentul prin proceduri de ablație al pacienților cu fibrilație atrială, tahicardie atrială focală, flutter atrial atipic, extrasistole atriale și ventriculare, tahicardii ventriculare sau alte aritmii la care metodele de ablație convenționale nu au fost eficiente ori sunt considerate riscante. Ablația este indicată la acești pacienți când tratamentul medicamentos sau prin alte mijloace nu a fost eficient, nu este tolerat ori nu este acceptabil de prima intenție conform ghidurilor actuale.”

**14.** La capitolul VIII, la titlul „Programul național de boli cardiovasculare”, subtitlul „Unități care derulează programul”, punctul 3<sup>1</sup>) se modifică și va avea următorul cuprins:

„3<sup>1</sup>) proceduri de ablație:

- a) Spitalul Clinic de Urgență București;
- b) Spitalul Universitar de Urgență București;
- c) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
- d) Spitalul Clinic Colentina București;
- e) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
- f) Institutul de Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. George I. M. Georgescu» Iași;

g) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș;

h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

i) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. C.C. Iliescu» București.”

**15.** La capitolul VIII, titlul „Programul național de tratament pentru boli rare”, subtitlul „Unități care derulează programul”, la punctul 11), după litera t) se introduce o nouă literă, litera Ț), cu următorul cuprins:

„Ț) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii «Sf. Maria» Iași;”.

**16.** La anexa nr. 1 articolul 4 alineatul (1), literele b), f), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„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 medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/materialelor sanitare/

serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute, conform normelor tehnice, 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

f) să înmâneze furnizorilor, la momentul finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării 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;

i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru 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 aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

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.”

**17.** La anexa nr. 1 articolul 4 alineatul (1), după litera i) se introduce o nouă literă, litera i<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:

„i<sup>1</sup>) să țină evidența distinctă pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai 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;”.

**18.** La anexa nr. 1 articolul 5, literele g), i)—l), p), r), ad), ae) și af) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„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, precum și pentru DCI-urile (denumiri comerciale internaționale) care fac obiectul contractelor cost-volum;

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, cumulată de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular /număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

j) să transmită 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; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line/copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;

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 al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

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 lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, 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; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică, extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată, iar 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; 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;

ad) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru 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 aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea asigurate potrivit lit. ad) și ad<sup>1</sup>) și decontate din bugetul Fondului.

af) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile prevăzute la lit. ad) și ad<sup>1</sup>), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare;”.

**19.** La anexa nr. 1 articolul 5, după litera ad) se introduce o nouă literă, litera ad<sup>1</sup>), cu următorul cuprins:

„ad<sup>1</sup>) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai 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;”.

**20.** La anexa nr. 1, articolul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 6. — 1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2015, valoarea contractului (Se detaliază fiecare program/subprogram.) este:

1. .... lei;
2. .... lei;
3. .... lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre.

3. Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, CAS decontează contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale pe baza facturii și a documentelor justificative depuse/transmise la CAS până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate.”

**21.** La anexa nr. 1 articolul 11, alineatele (1)—(3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 11. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 5 lit. a)—q), s)—t), u), x)—z), ab—af) atrage aplicarea unor sancțiuni de către CNAS/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% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 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 medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 5 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 medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.”

**22.** La anexa nr. 2 articolul 6 alineatul (1), literele b), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum și materialelor sanitare specifice raportate 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

i) să țină evidența distinctă pentru medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat pentru 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 aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

j) să deconteze contravaloarea 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, 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.”

**23.** La anexa nr. 2 articolul 6 alineatul (1), după litera i) se introduce o nouă literă, litera i<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„i<sup>1</sup>) să țină evidența distinctă pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai 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;”

**24.** La anexa nr. 2 articolul 7, literele g), r), t), x), aa), ad), ae) și af) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„g) să întocmească și 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);

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, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, 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;

t) 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 lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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 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;

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 ori, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, 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. 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 alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să elibereze medicamentele și/sau materialele sanitare specifice 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, pentru programele naționale curative de oncologie și diabet zaharat în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;
- (ii) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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 beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, și să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțit 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 sanitare acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, 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/documente însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț.”

**25.** La anexa nr. 2 articolul 10, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 10. — (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 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 cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
- c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.”

**26.** La anexa nr. 2 articolul 16, 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 alin. (1) lit. f), g), h) și j) — pentru nerespectarea prevederilor art. 7 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.”

**27.** La anexa nr. 2, articolul 19 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 19. — (1) Prevederile art. 17 și 18 referitoare la situațiile de încetare și suspendare a contractului se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate

farmaciile/oficinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.”

**28.** La anexa nr. 3 articolul 6 alineatul (1), literele b), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorului, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

.....  
i) să țină evidența distinctă 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, 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 investigațiilor paraclinice, după caz, beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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, 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.”

**29.** La anexa nr. 3 articolul 7, literele d), j), aj), am) și ao) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată potrivit contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice 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; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

.....  
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 lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

.....  
aj) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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;

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/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act de identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă);

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

**30.** La anexa nr. 4 punctul 5.1, literele ab), ad), ai) și aj) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„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/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act de identitate al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;

.....  
ad) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, atât pe suport hârtie, cât 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; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;

.....  
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, 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 distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile de dializă prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare.”

**31.** La anexa nr. 4 punctul 5.3, literele b), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de dializă 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

.....  
i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de dializă 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, 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 de dializă 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, 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.”

**32.** La anexa nr. 4, punctele 5.4.1, 5.4.3, 5.4.4, 5.4.6 și 5.4.9 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„5.4.1. În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la pct. 5.1. 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% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.3. Nerespectarea obligației prevăzute la pct. 5.1 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, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.4. Nerespectarea obligației prevăzute la pct. 5.1 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la clauza 5.4.3, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.6. Nerespectarea obligației prevăzute la pct. 5.1 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

5.4.9. 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% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

**33.** La anexa nr. 4, punctul 6.2.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„6.2.2. Furnizorul are obligația ca în termen de 5 zile lucrătoare ale lunii următoare să depună declarația de servicii privind serviciile furnizate în timpul lunii anterioare la casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate va notifica în scris observațiile sale în 5 zile lucrătoare de la primirea în original și după validarea declarației de servicii lunare. Furnizorul va emite și va depune, în termen de ..... zile lucrătoare, o factură în lei, pentru suma prevăzută în notificarea transmisă de casa de asigurări de sănătate. În termen de 30 de zile de la data primirii facturii și acordării vizei de «bun de plată», casa de asigurări de sănătate va efectua plata în contul deschis de Furnizor la Trezoreria Statului, potrivit indicațiilor de pe factura emisă de acesta.”

**34.** La anexa nr. 5 articolul 6 alineatul (1), literele b), f), i) și j) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

f) să înmâneze Furnizorului, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării 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;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi 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 din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, 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 de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi 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, 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.”

**35.** La anexa nr. 5 articolul 7, literele c), ab), ac), af), ag) și ah) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) să furnizeze serviciile de radioterapie în regim de spitalizare de zi pacienților titulari ai cardului european 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, 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;

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de radioterapie în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act de identitate 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 serviciile de radioterapie, precum și pentru niciun act administrativ emis ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul subprogramului, cu excepția celei de-a doua opinii medicale, la cererea expresă a asiguratului și numai în situația în care aceasta a fost acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

af) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi, asigurate potrivit lit. c) și decontate din bugetul Fondului;

ag) să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale 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, atât pe suport hârtie, cât 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; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic.”

Casa de Asigurări de Sănătate  
Președinte-director general,

.....  
Director executiv  
Direcția economic,

.....  
Director executiv  
Direcția relații contractuale,

.....  
Medic-șef,

.....  
Vizat juridic, contencios

.....”

**36.** La anexa nr. 5 articolul 14, alineatele (1)—(3) și (7) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Art. 14. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către Furnizor a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah) și ai) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 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 contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 lit. ș) 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 contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(7) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau 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% contravaloarea serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.”

**37.** La anexa nr. 5 articolul 15 alineatul (1), litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), h), p), ț) și ac).”

**38.** La anexa nr. 5, după articolul 24, teza finală se modifică și va avea următorul cuprins:

„Prezentul contract de furnizare a serviciilor de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate a fost încheiat astăzi, ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Furnizor de servicii de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi

Reprezentant legal,

.....

39. În tot cuprinsul ordinului, sintagma „servicii de radioterapie” se înlocuiește cu sintagma „servicii de radioterapie realizate în regim de spitalizare de zi”, iar sintagma „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice” se înlocuiește cu sintagma „Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi”.

40. Anexa nr. 6 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 1.

41. Anexa nr. 6.1 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2.

42. După anexa nr. 6.1 se introduc 4 noi anexe, anexele nr. 6.1.1—6.1.4, prevăzute în anexele nr. 3—6.

43. Anexa nr. 6.2 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 7.

44. După anexa nr. 6.2 se introduc 3 noi anexe, anexele nr. 6.2.1—6.2.3, prevăzute în anexele nr. 8—10.

45. Anexa nr. 6.3 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 11.

46. După anexa nr. 6.3 se introduc 3 noi anexe, anexele nr. 6.3.1—6.3.3, prevăzute în anexele nr. 12—14.

47. Anexa nr. 7 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 15.

48. Anexa nr. 7.1 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 16.

49. După anexa nr. 7.1 se introduc două noi anexe, anexele nr. 7.1.1 și 7.1.2, prevăzute în anexele nr. 17 și 18.

50. Anexa nr. 8 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 19.

51. Anexa nr. 8.1 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 20.

52. După anexa nr. 8.1 se introduce o nouă anexă, anexa nr. 8.1.1, prevăzută în anexa nr. 21.

53. Anexa nr. 8.2 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 22.

54. După anexa nr. 8.2 se introduc 3 noi anexe, anexele nr. 8.2.1—8.2.3, prevăzute în anexele nr. 23—25.

**Art. II.** — Direcțiile de specialitate din Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prin care se derulează programe naționale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

**Art. III.** — Anexele nr. 1—25 fac parte integrantă din prezentul ordin.

**Art. IV.** — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu luna octombrie 2015.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Vasile Ciurchea**

București, 1 octombrie 2015.  
Nr. 963.

*ANEXA Nr. 1*  
*(Anexa nr. 6 la normele tehnice)*

Societatea farmaceutică .....  
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
Nr. .... data .....

**Borderou centralizator PNS-uri medicamente/materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu  
pentru luna ..... anul care însoțește Factura seria .... nr. .... /data .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pașaport	Tip formular/document european	**Tip document	***Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
.....												
n												
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Borderoul centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\*Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente în tratamentul ambulatoriu  
pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pașaport	Tip formular/document european	**Tip document	***Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
.....												
n												
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu excepția Programului național de diabet, unde se va completa câte un extras centralizator pentru: insulină, insulină + ADO, respectiv pentru ADO, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate pentru titularii de card european  
în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. card european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
2								
.....								
n								
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este cuprins în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

ANEXA Nr. 4

(Anexa nr. 6.1.2 la normele tehnice)

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	*Tip document	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
2									
.....									
n									
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se completează câte un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal .....

\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

ANEXA Nr. 5

(Anexa nr. 6.1.3 la normele tehnice)

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
2									
.....									
n									
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura

Reprezentant legal .....

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator pentru PNS ..... DCI-uri cu aprobarea comisiilor de experți CNAS  
eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*Nr. și serie pașaport	Tip formular/document european	**Tip document	***Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
.....												
n												
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (12) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, cu excepția Programului național de diabet, unde se va completa câte un borderou centralizator pentru: insulină, insulină + ADO, respectiv pentru ADO, după caz.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... teste de automonitorizare în tratamentul ambulatoriu  
pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pașaport	Tip formular/document european	**Tip document	***Țară	Nr. teste	Nr. luni	Total valoare teste la preț de decontare, din care:	Total valoare teste la preț de decontare copii	Total valoare teste la preț de decontare adulți
	Nr. ord.	Data													
	2.1.	2.2.													
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1															
2															
.....															
n															
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Coloana (13) = coloana (14) + coloana (15).

Total coloana (13) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru testele de automonitorizare eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... teste de automonitorizare eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card european pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. card european	Țară	Total valoare teste la preț de decontare
	Nr. ord.	Data					
	2.1.	2.2.					
1	2		3	4	5	6	7
1							
2							
.....							
n							
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (7) este cuprins în total coloana (12) din anexa 6 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru testele de automonitorizare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... teste de automonitorizare eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	*Tip document	Țară	Total valoare teste la preț de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
2								
.....								
n								
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru testele de automonitorizare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... teste de automonitorizare eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene pentru luna .....anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Țară	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
2								
.....								
n								
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru testele de automonitorizare eliberate în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Borderou centralizator pentru medicamentele (denumiri comerciale) din cadrul PNS-urilor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu și care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna ..... anul ..... care însoțește Factura seria .... nr ...../data .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP /CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pașaport	Tip formular/document european	**Tip document	***Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data										
	2.1.	2.2.										
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
.....												
n												
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Borderoul centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Se întocmește câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (8) sau (9).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (6), (8) sau (9).



ANEXA Nr. 12

(Anexa nr. 6.3.1 la normele tehnice)

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator medicamentele (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS ..... eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card european pentru luna ..... anul**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. card european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data						
	2.1.	2.2.						
1	2		3	4	5	6	7	8
1								
2								
.....								
n								
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este cuprins în total coloana (12) din anexa nr. 6.3 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Se întocmește câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

ANEXA Nr. 13

(Anexa nr. 6.3.2 la normele tehnice)

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator medicamente (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS ..... eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	*Tip document	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
2									
.....									
n									
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6.3 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se întocmește câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Societatea farmaceutică .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator medicamente (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS ..... eliberate în tratamentul ambulatoriu pacienților titulari de formulare europene pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Bon fiscal		Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	Tip formular/document european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
	Nr. ord.	Data							
	2.1.	2.2.							
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1									
2									
.....									
n									
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (9) este inclus în total coloana (12) din anexa nr. 6.3 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se întocmește câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitară .....

Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....

Nr. .... data .....

**Borderou centralizator PNS-uri medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pașaport	Tip formular/document european	**Tip document	***Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
.....										
n										
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Borderoul centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Se întocmește câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (5), (7) sau (8).

ANEXA Nr. 16  
(Anexa nr. 7.1 la normele tehnice)

Unitatea Sanitară .....  
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate pentru titularii de card european în tratamentul ambulatoriu pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. card european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
.....						
n						
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (7) este cuprins în total coloana (11) din anexa nr. 7 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Se completează câte un extras borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

ANEXA Nr. 17  
(Anexa nr. 7.1.1 la normele tehnice)

Unitatea Sanitară .....  
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	*Tip document	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
.....							
n							
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (11) din anexa nr. 7 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Unitatea Sanitară .....  
 Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
 Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... medicamente eliberate în tratamentul ambulatoriu  
 pentru titularii de formulare europene pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	Tip formular/ document european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
.....							
n							
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (11) din anexa nr. 7 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se completează câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS, după caz.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
 Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitară .....  
 Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
 Nr. .... data .....

**Borderou centralizator PNS ..... materiale sanitare (epidermoliza buloasă) în tratamentul ambulatoriu  
 pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pașaport	Tip formular/ document european	**Tip document	***Țară	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
.....									
n									
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru materialele sanitare eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
 Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8).

\*\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\* Se completează numai în situația completării coloanei (5), (7) sau (8).

*ANEXA Nr. 20*  
*(Anexa nr. 8.1 la normele tehnice)*

Unitatea Sanitară .....  
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... materiale sanitare (epidermoliza buloasă)**  
**eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri,**  
**convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	CNP/CID	Nr. și serie pașaport	*Tip document	Țară	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
.....							
n							
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (10) din anexa nr. 8 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru materialele sanitare eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

\*Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

*ANEXA Nr. 21*  
*(Anexa nr. 8.1.1 la normele tehnice)*

Unitatea Sanitară .....  
Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator PNS ..... materiale sanitare (epidermoliza buloasă)**  
**eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de formulare europene pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Nr. foaie de condică	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. și serie pașaport	Tip formular/document european	Țară	Total valoare materiale sanitare
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
.....							
n							
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (10) din anexa nr. 8 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru materiale sanitare eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitară .....  
 Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
 Nr. .... data .....

**Borderou centralizator pentru medicamentele (denumiri comerciale) din cadrul PNS-urilor de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu și care fac obiectul contractelor cost-volum pentru luna .....anul ....**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	CNP/CID asigurat	Nr. card european	*Nr. pașaport	Tip formular/document european	**Tip document	***Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
.....										
n										
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Borderoul centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS ..... în luna anterioară.

Se întocmește câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor

Semnătura .....  
 Reprezentant legal .....

\* Se completează numai în situația completării coloanei (7) sau (8).

\*\*Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

\*\*\*Se completează numai în situația completării coloanei (5), (7) sau (8).

Unitatea Sanitară .....  
 Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
 Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator medicamentele (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS ..... eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru titularii de card european pentru luna ..... anul**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. card european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
.....						
n						
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (7) este cuprins în total coloana (11) din anexa nr. 8.2 la normele tehnice.

Extrasul de borderou centralizator se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate pe PNS..... în luna anterioară.

Se întocmește câte un borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
 Reprezentant legal .....

Unitatea Sanitară .....  
 Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
 Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator medicamente (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS ..... eliberate în tratamentul ambulatoriu pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	*Tip document	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
.....							
n							
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (11) din anexa nr. 8.2 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se întocmește câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
 Reprezentant legal .....

\* Se completează tipul de document care a deschis dreptul la medicamente pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Unitatea Sanitară .....  
 Nr. contract ..... încheiat cu CAS .....  
 Nr. .... data .....

**Extras borderou centralizator medicamente (denumiri comerciale) care fac obiectul contractelor cost-volum din cadrul PNS ..... eliberate în tratamentul ambulatoriu pacienților titulari de formulare europene pentru luna ..... anul .....**

lei

Nr. crt.	Serie și nr. prescripție	Cod parafă medic	Nr. pașaport	Tip formular/ document european	Țară	Total valoare prescripție	Total valoare la preț de decontare
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
.....							
n							
<b>TOTAL</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>		

Coloana (1) — se înscrie nr. crt. care trebuie să fie același cu nr. de ordine pe care îl poartă prescripția medicală îndosariată la furnizorul de medicamente, după caz.

Total coloana (8) este inclus în total coloana (11) din anexa 8.2 la normele tehnice.

Extrasul se întocmește în 2 exemplare, din care un exemplar se depune/se transmite în format electronic la CAS până la data prevăzută în contract, pentru medicamentele eliberate în luna anterioară.

Se întocmește câte un extras de borderou centralizator pentru fiecare PNS și, respectiv, medicament (denumire comercială) care face obiectul contractelor cost-volum.

Răspundem de exactitatea și corectitudinea datelor.

Semnătura  
 Reprezentant legal .....

# ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE PE SUPORT FIZIC

## — Prețuri pentru anul 2015 —

Nr. crt.	Denumirea publicației	Număr de apariții anuale	Valoare (TVA 9% inclus) — lei		
			12 luni	3 luni	1 lună
1.	Monitorul Oficial, Partea I	920	1.310	360	131
2.	Monitorul Oficial, Partea I, limba maghiară	60	1.640		150
3.	Monitorul Oficial, Partea a II-a	200	2.460		220
4.	Monitorul Oficial, Partea a III-a	550	470		50
5.	Monitorul Oficial, Partea a IV-a	6.600	1.880		170
6.	Monitorul Oficial, Partea a VI-a	252	1.750		160
7.	Monitorul Oficial, Partea a VII-a	48	600		55
8.	Colecția Legislația României	4	500	130	
9.	Colecția Hotărâri ale Guvernului României	12	800		75

NOTĂ:

Monitorul Oficial, Partea I bis, se multiplică și se achiziționează pe bază de comandă.

# ABONAMENTE LA PRODUSELE ÎN FORMAT ELECTRONIC

## — Prețuri pentru anul 2015 —

Produs	Abonamentul FLEXIBIL (Monitorul Oficial, Partea I + alte 3 părți ale Monitorului Oficial, la alegere)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	60	150	380	910	2.000	550	1.380	3.450	8.280	18.220
ExpertMO	100	250	630	1.510	3.320	1.000	2.500	6.250	15.000	33.000

Produs	Abonamentul COMPLET (Monitorul Oficial, Partea I + toate celelalte părți ale Monitorului Oficial)									
	Lunar					Anual				
	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300	Online/ Monopost	Rețea 5	Rețea 25	Rețea 100	Rețea 300
AutenticMO	70	180	450	1.080	2.380	650	1.630	4.080	9.790	21.540
ExpertMO	120	300	750	1.800	3.960	1.200	3.000	7.500	18.000	39.600

Colecția Monitorul Oficial în format electronic, oricare dintre părțile acestuia	70 lei/an
--	-----------

Prețurile sunt exprimate în lei și conțin TVA.

Mai multe informații puteți găsi pe site-ul [www.expert-monitor.ro](http://www.expert-monitor.ro), unde puteți aplica online comanda.

**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](mailto:marketing@ramo.ro), internet: [www.monitoruloficial.ro](http://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.

