



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 184 (XXVIII) — Nr. 465

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Miercuri, 22 iunie 2016

SUMAR

<u>Nr.</u>		<u>Pagina</u>
HOTĂRĂRI ALE SENATULUI		
86.	— Hotărâre privind modificarea Hotărârii Senatului nr. 1/2016 pentru alegerea vicepreședinților, secretarilor și chestorilor Biroului permanent al Senatului	2
88.	— Hotărâre privind cererea de urmărire penală a domnului senator Titus Corlățean, fost ministru al afacerilor externe, în Dosarul nr. 644/P/2014	2
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI		
423.	— Hotărâre privind repartizarea pe județe a sumelor aprobate prin lege pentru finanțarea drepturilor copiilor/elevilor/tinerilor cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă, precum și metodologia de alocare a acestor sume unităților de învățământ de masă, pentru anul 2016	3–6
432.	— Hotărâre privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017	7–14
433.	— Hotărâre pentru completarea Hotărârii Guvernului nr. 678/2015 privind închiderea programelor operaționale finanțate în perioada 2007—2013 prin Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European, Fondul de Coeziune și Fondul European pentru Pescuit	15

HOTĂRĂRI ALE SENATULUI

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

SENATUL

HOTĂRÂRE

privind modificarea Hotărârii Senatului nr. 1/2016 pentru alegerea vicepreședinților, secretarilor și chestorilor Biroului permanent al Senatului

În temeiul prevederilor art. 64 alin. (2) și (5) din Constituția României, republicată, precum și ale art. 29 din Regulamentul Senatului, aprobat prin Hotărârea Senatului nr. 28/2005, republicat,

Senatul adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Hotărârea Senatului nr. 1/2016 pentru alegerea vicepreședinților, secretarilor și chestorilor Biroului permanent al Senatului, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 73 din 2 februarie 2016, se modifică după cum urmează:

— La articolul 3 punctul 3, domnul senator Rădulescu Cristian — Grupul parlamentar PNL — este ales în funcția de chestor al Biroului permanent al Senatului în locul domnului Bodea Cristian-Petru, revocat din această funcție.

Această hotărâre a fost adoptată de Senat în ședința din 21 iunie 2016, cu respectarea prevederilor art. 76 alin. (2) din Constituția României, republicată.

p. PREȘEDINTELE SENATULUI,

IOAN CHELARU

București, 21 iunie 2016.

Nr. 86.

PARLAMENTUL ROMÂNIEI

SENATUL

HOTĂRÂRE

privind cererea de urmărire penală a domnului senator Titus Corlățean, fost ministru al afacerilor externe, în Dosarul nr. 644/P/2014

Având în vedere solicitarea Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție privind formularea cererii de urmărire penală față de domnul senator Titus Corlățean, fost ministru al afacerilor externe, transmisă Senatului cu Adresa nr. 450/C/2016,

în temeiul prevederilor art. 109 alin. (2) din Constituția României, republicată, și ale art. 151 din Regulamentul Senatului, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 28/2005, republicat,

având în vedere Raportul Comisiei juridice, de numiri, disciplină, imunități și validări nr. XIX/203/2016,

Senatul adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Senatul hotărăște să nu ceară urmărirea penală a domnului senator Titus Corlățean, fost ministru al afacerilor externe, în Dosarul nr. 644/P/2014 al Secției de combatere a infracțiunilor de corupție — Direcția Națională Anticorupție.

Această hotărâre a fost adoptată de Senat în ședința din 21 iunie 2016, cu respectarea prevederilor art. 76 alin. (2) din Constituția României, republicată.

p. PREȘEDINTELE SENATULUI,

IOAN CHELARU

București, 21 iunie 2016.

Nr. 88.

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind repartizarea pe județe a sumelor aprobate prin lege pentru finanțarea drepturilor copiilor/elevilor/tinerilor cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă, precum și metodologia de alocare a acestor sume unităților de învățământ de masă, pentru anul 2016

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 48 alin. (3) și art. 51 alin. (2) din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare, precum și în baza prevederilor pct. 42 din anexa nr. 4 și pct. 43 din anexa nr. 5 la Legea bugetului de stat pe anul 2016 nr. 339/2015,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Din sumele rezervate prevăzute la poziția 42 din anexa nr. 4 la Legea bugetului de stat pe anul 2016 nr. 339/2015 se repartizează pe județe suma totală de 68.000 mii lei, potrivit anexei nr. 1, care face parte integrantă din prezenta hotărâre, în baza solicitărilor și fundamentărilor prezentate de autoritățile administrației publice locale.

(2) Din sumele rezervate prevăzute la poziția 43 din anexa nr. 5 la Legea bugetului de stat pe anul 2016 nr. 339/2015 se repartizează municipiului București suma de 1.240 mii lei, în baza solicitărilor și fundamentărilor prezentate de autoritățile administrației publice locale.

(3) Sumele repartizate potrivit prevederilor alin. (1) și (2) se aprobă în bugetele județelor/bugetul municipiului București, potrivit legii, și se utilizează pentru plata drepturilor de care beneficiază copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în unitățile de învățământ de masă, pentru toate zilele

de școlarizare din anul 2016, constând în asigurarea alocației zilnice de hrană, a rechizitelor școlare, a îmbrăcăminte și a încălțăminte.

(4) Quantumul drepturilor prevăzute la alin. (3) este stabilit potrivit prevederilor pct. A din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 904/2014 pentru stabilirea limitelor minime de cheltuieli aferente drepturilor prevăzute de art. 129 alin. (1) din Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului.

Art. 2. — Se aprobă metodologia de alocare a sumelor necesare acordării drepturilor de care beneficiază copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă, potrivit anexei nr. 2, care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 3. — Ministerul Finanțelor Publice este autorizat să introducă modificările ce decurg din prezenta hotărâre în structura bugetului de stat pe anul 2016.

PRIM-MINISTRU

DACIAN JULIEN CIOLOȘ

Contrasemnează:

Viceprim-ministru, ministrul dezvoltării regionale
și administrației publice,

Vasile Dîncu

Ministrul educației naționale și cercetării științifice,

Adrian Curaj

p. Ministrul finanțelor publice,

Enache Jiru,

secretar de stat

p. Ministrul muncii, familiei, protecției sociale
și persoanelor vârstnice,

Valentina Coțescu,

secretar de stat

Ministrul sănătății,

Vlad Vasile Voiculescu

București, 16 iunie 2016.

Nr. 423.

Nr. crt.	JUDEȚUL	SUMA (mii lei)
1	Alba	1.668
2	Arad	2.209
3	Argeș	1.886
4	Bacău	1.545
5	Bihor	3.494
6	Bistrița-Năsăud	1.449
7	Botoșani	2.219
8	Brașov	3.507
9	Brăila	2.183
10	Buzău	1.517
11	Caraș-Severin	1.899
12	Călărași	801
13	Cluj	2.659
14	Constanța	1.504
15	Covasna	1.035
16	Dâmbovița	2.915
17	Dolj	1.962
18	Galați	1.433
19	Giurgiu	62
20	Gorj	1.730
21	Harghita	1.452

Nr. crt.	JUDEȚUL	SUMA (mii lei)
22	Hunedoara	2.483
23	Ialomița	2.167
24	Iași	2.094
25	Ilfov	536
26	Maramureș	695
27	Mehedinți	1.366
28	Mureș	913
29	Neamț	1.257
30	Olt	999
31	Prahova	2.097
32	Satu Mare	1.329
33	Sălaj	838
34	Sibiu	2.063
35	Suceava	2.383
36	Teleorman	723
37	Timiș	3.293
38	Tulcea	611
39	Vaslui	1.379
40	Vâlcea	950
41	Vrancea	695
TOTAL:		68.000

METODOLOGIA

de alocare a sumelor necesare acordării drepturilor de care beneficiază copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă

Art. 1. — În înțelesul prezentei metodologii, termenii și expresiile de mai jos se definesc după cum urmează:

a) *beneficiar* — copil/elev/tânăr cu cerințe educaționale speciale integrat în învățământul de masă, care urmează curriculumul învățământului de masă, care beneficiază de drepturile prevăzute la art. 51 alin. (2) din Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare, și care nu beneficiază de măsură de protecție specială stabilită în condițiile Legii nr. 272/2004, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

b) *certificatul de orientare școlară și profesională* — document/act oficial eliberat de către Centrul județean de resurse și asistență educațională/Centrul de Resurse și Asistență Educațională al Municipiului București, conform prevederilor cuprinse în Legea educației naționale nr. 1/2011, cu modificările și completările ulterioare, care precizează diagnosticul/deficiența și orientează copiii, elevii și tinerii cu cerințe educaționale speciale în învățământul de masă;

c) *unitățile de învățământ de masă* — totalitatea unităților de învățământ preuniversitar cu personalitate juridică, de stat și particular sau confesional acreditat, cu excepția unităților de învățământ special.

Art. 2. — (1) Părintele sau, după caz, reprezentantul legal al beneficiarului definit în conformitate cu prevederile art. 1 lit. a), în termen de 10 zile de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, solicită, pe bază de cerere scrisă, acordarea acestor drepturi.

(2) Cererea scrisă este depusă la unitatea de învățământ preuniversitar de masă cu personalitate juridică, definită în conformitate cu prevederile art. 1 lit. c), la care este înscris copilul/elevul/tânărul cu cerințe educaționale speciale, și este însoțită de următoarele documente, în copie:

- a) certificatul de naștere al beneficiarului;
- b) actul de identitate al părintelui sau, după caz, al reprezentantului legal;
- c) certificatul de orientare școlară și profesională.

(3) În termen de 10 zile de la data expirării termenului prevăzut la alin. (1), unitățile de învățământ de masă cu personalitate juridică în care sunt integrați copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale transmit ordonatorilor principali de credite ai bugetelor locale de care aparțin numărul de beneficiari înscrși în evidențe la data de 1 ianuarie 2016 sau ulterior acestei date, pe structura de vârstă prevăzută la pct. A din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 904/2014 pentru stabilirea limitelor minime de cheltuieli aferente drepturilor prevăzute de art. 129 alin. (1) din Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, precum și datele de identificare ale beneficiarilor și ale reprezentanților legali, potrivit anexei nr. 1, care face parte integrantă din prezenta metodologie.

(4) Ordonatorii principali de credite ai bugetelor locale, în termen de 5 zile de la expirarea termenului prevăzut la alin. (3), centralizează solicitările unităților de învățământ preuniversitar de masă, potrivit modelului prevăzut în anexa nr. 2, care face parte integrantă din prezenta metodologie, și transmit situația centralizatoare inspectoratelor școlare județene/Inspectoratului

Școlar al Municipiului București care, prin intermediul centrelor județene de resurse și asistență educațională/Centrului de Resurse și Asistență Educațională al Municipiului București, verifică și validează situația primită.

(5) Inspectoratele școlare județene/Inspectoratul Școlar al Municipiului București transmit(e) consiliului județean/Consiliului General al Municipiului București, în termen de 5 zile de la expirarea termenului prevăzut la alin. (4), situația prevăzută la alin. (3), pe structura prevăzută în anexa nr. 3, care face parte integrantă din prezenta metodologie.

(6) Consiliile județene/Consiliul General al Municipiului București stabilesc/stabilește nivelul sumelor convenite fiecărei unități/subdiviziuni administrativ-teritoriale, pentru fiecare unitate de învățământ de masă cu personalitate juridică, prin înmulțirea numărului de beneficiari cu valoarea drepturilor convenite, prevăzute la pct. A din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 904/2014.

(7) În termen de cel mult 20 de zile de la expirarea termenului prevăzut la alin (5), consiliile județene/Consiliul General al Municipiului București repartizează pe comune, orașe și municipii/sectoare, după caz, prin hotărâre, sumele stabilite, cu încadrarea în sumele defalcate din taxa pe valoarea adăugată alocate județului cu această destinație și le comunică acestora.

(8) Sumele alocate conform alin. (7) și reflectate în bugetul județului, la partea de cheltuieli, cu ajutorul indicatorului „Transferuri din bugetul județului către bugetele locale pentru plata drepturilor de care beneficiază copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă” se transferă unităților/subdiviziunilor administrativ-teritoriale, în termen de 5 zile de la intrarea în vigoare a hotărârilor consiliilor județene/ Consiliului General al Municipiului București, după caz.

(9) Prin rectificarea bugetară, sumele primite potrivit alin. (8) de către unitățile/subdiviziunile administrativ-teritoriale se reflectă în bugetele locale, la partea de venituri, cu ajutorul indicatorului „Sume primite de la bugetul județului pentru plata drepturilor de care beneficiază copiii cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă”, iar la partea de cheltuieli, în bugetele unităților de învățământ, la titlul 57

„Asistență socială”, articolul 57.02 „Ajutoare sociale”, alineatul 57.02.01 „Ajutoare sociale în numerar” pentru copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în unitățile de învățământ de masă de stat, respectiv în bugetul local, la titlul 55 „Alte transferuri”, articolul 55.01 „Transferuri interne”, alineatul 55.01.63 „Finanțarea învățământului particular sau confesional acreditat” pentru copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în unitățile de învățământ de masă, particular sau confesional acreditat.

(10) În vederea asigurării fondurilor necesare, unitățile/subdiviziunile administrativ-teritoriale pot contribui la finanțarea acestor cheltuieli cu sume din veniturile proprii ale acestora sau din sumele defalcate din taxa pe valoarea adăugată pentru echilibrarea bugetelor locale.

(11) Sumele acordate potrivit dispozițiilor alin. (9) unităților de învățământ preuniversitar de masă, rămase neutilizate la sfârșitul exercițiului bugetar, se restituie bugetului local din care au fost primite.

(12) Unitățile/Subdiviziunile administrativ-teritoriale restituie județelor/municipiului București sumele acordate potrivit dispozițiilor alin. (7) și rămase neutilizate la sfârșitul exercițiului bugetar, urmând ca acestea să se regularizeze cu bugetul de stat.

Art. 3. — (1) În execuție, unitățile de învățământ de masă plătesc beneficiarilor sumele aferente reprezentând alocația zilnică de hrană în primele 5 zile lucrătoare ale lunii pentru luna/lunile precedentă(e), în funcție de numărul de zile de școlarizare și prezența școlară înregistrată în luna/lunile anterioară(e).

(2) Fac excepție de la condiția de acordare a drepturilor în funcție de prezența școlară, prevăzută la alin. (1), beneficiarii care au certificat de orientare școlară și profesională și care sunt școlarizați la domiciliu și/sau internați în unitățile sanitare.

(3) Sumele aferente drepturilor de care beneficiază copiii/elevii/tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă, cu excepția celor reprezentând alocația zilnică de hrană, se plătesc până la finele anului calendaristic.

*ANEXA Nr. 1
la metodologie*

Unitatea/Subdiviziunea administrativ-teritorială

Unitatea Școlară

SITUAȚIA NOMINALĂ a beneficiarilor pe grupe de vârstă și a zilelor de școlarizare, în anul școlar 2016

Nr. crt.	Numele și prenumele beneficiarului	Data nașterii beneficiarului	Grupa de vârstă, conform structurii prevăzute la pct. A din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 904/2014	Numele și prenumele părintelui/reprezentantului legal	Nr. certificatului de orientare școlară și profesională/ data eliberării	Nr. de zile de școlarizare în anul școlar 2015—2016 (ianuarie— iunie 2016)*	Nr. de zile de școlarizare în anul școlar 2016—2017 (septembrie— decembrie 2016)**

*) Numărul de zile de școlarizare în anul școlar 2015—2016 se stabilește în funcție de durata cursurilor pe niveluri de învățământ și clase, conform prevederilor Ordinului ministrului educației și cercetării științifice nr. 4.496/2015 privind structura anului școlar 2015—2016, modificat și completat prin Ordinul ministrului educației și cercetării științifice nr. 5.079/2015, și a planurilor-cadru de învățământ în vigoare.

**) Numărul de zile de școlarizare în anul școlar 2016—2017 se stabilește în funcție de durata cursurilor pe niveluri de învățământ din perioada 12 septembrie 2016—23 decembrie 2016.

Director,

.....

Secretar,

.....

Unitatea/Subdiviziunea administrativ-teritorială

SITUAȚIA CENTRALIZATOARE
privind beneficiarii pe grupe de vârstă și a zilelor de școlarizare, în anul școlar 2016

Nr. crt.	Unitatea școlară	Numele și prenumele beneficiarului	Data nașterii beneficiarului	Grupa de vârstă, conform structurii prevăzute la pct. A din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 904/2014	Numele și prenumele părintelui/ reprezentantului legal	Nr. certificatului de orientare școlară și profesională/ data eliberării	Nr. de zile de școlarizare în anul școlar 2015—2016 (ianuarie— iunie 2016)*	Nr. de zile de școlarizare în anul școlar 2016—2017 (septembrie— decembrie 2016)**

*) Numărul de zile de școlarizare în anul școlar 2015—2016 se stabilește în funcție de durata cursurilor pe niveluri de învățământ și clase, conform prevederilor Ordinului ministrului educației și cercetării științifice nr. 4.496/2015 privind structura anului școlar 2015—2016, modificat și completat prin Ordinul ministrului educației și cercetării științifice nr. 5.079/2015, și a planurilor-cadru de învățământ în vigoare.

***) Numărul de zile de școlarizare în anul școlar 2016—2017 se stabilește în funcție de durata cursurilor pe niveluri de învățământ din perioada 12 septembrie 2016—23 decembrie 2016.

Ordonator principal de credite,

Director executiv,

.....

.....

CONSILIUL JUDEȚEAN/GENERAL AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Inspectoratul Școlar al

SITUAȚIA BENEFICIARILOR ȘI A SUMELOR
ce se cuvin unităților administrativ-teritoriale

Nr. crt.	Unitatea administrativ-teritorială	Unitatea școlară	Numele și prenumele beneficiarului	Data nașterii beneficiarului	Grupa de vârstă, conform structurii prevăzute la pct. A din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 904/2014	Numele și prenumele părintelui/ reprezentantului legal	Nr. certificatului de orientare școlară și profesională/ data eliberării	Nr. de zile de școlarizare în anul școlar 2015—2016 (ianuarie— iunie 2016)	Nr. de zile de școlarizare în anul școlar 2016—2017 (septembrie— decembrie 2016)	SUMA (mii lei)*		
										Hrană	Alte drepturi	Total
	UAT	A									
										
		B									
										
		Etc.										
	Total UAT	X	X		X	X	X	X	X			
	UAT	A									
										
		B									
										
		Etc.										
	Total UAT	X	X		X	X	X	X	X			
	Etc.											

*) Coloana se va completa la nivelul consiliului județean/Consiliului General al Municipiului București.

Inspectoratul Școlar Județean/
Inspectoratul Școlar al Municipiului București
Inspector școlar general,
.....Consiliul Județean...../
Consiliul General al Municipiului București
Președinte,
.....

Avizat

Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională/
Centrul de Resurse și Asistență Educațională al Municipiului București
Director,
.....

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I. — Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016—2017, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 215 din 23 martie 2016, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, la capitolul II litera K punctul 3, a doua notă explicativă se modifică și va avea următorul cuprins:

„**) Se recomandă numai pentru retenție urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrică, urologie, recuperare, medicină fizică și balneologie, oncologie și chirurgie pediatrică.”

2. În anexa nr. 2, la articolul 3, literele q), ș), af), ag), aq) și ar) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

af) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de

servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copiii de 0—18 ani, schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer.

Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate sau contractul este suspendat, în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris, în situația în care asiguratul își schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta. Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni și în situația în care asiguratul se află în arest preventiv sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv al asiguratului și/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate a asiguratului, precum și în situația arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală ce își desfășoară activitatea în cabinetele medicale ale unităților penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află asiguratul, acesta fiind înscris, în această perioadă, pe lista respectivului medic;

ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate

utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în norme și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ar) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asiguraților de sănătate în condițiile lit. aq), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

3. În anexa nr. 2, la articolul 13, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

a) suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 183 alin. (3), inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

b) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;

c) 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a) și b).

(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și per serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare din care se scade suma corespunzătoare lit. a) a alin. (2) se defalcă trimestrial.”

4. În anexa nr. 2, la articolul 17, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 3 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.”

5. În anexa nr. 2, la articolul 24, literele q), t), ak) și al) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate

conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....
ak) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

al) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ak), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

6. În anexa nr. 2, la articolul 33, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 33. — (1) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per serviciu, respectiv pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 183 alin. (3), inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior; fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului per serviciu se defalcă trimestrial.”

7. În anexa nr. 2, la articolul 35, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 5% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 10% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate.”

8. În anexa nr. 2, la articolul 42, literele p), ș), al) și am) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

.....
ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....
al) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din

motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

am) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. al), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

9. În anexa nr. 2, la articolul 52, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.”

10. În anexa nr. 2, la articolul 59, literele o), r), ad) și ae) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate și partea de contribuție personală suportată de asigurat; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

ad) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul

off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ae) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ad) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

11. În anexa nr. 2, la articolul 67, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.”

12. În anexa nr. 2, la articolul 74, literele n), o), Ț), am) și ao) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

o) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate

și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....
 Ț) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul; managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

.....
 am) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

.....
 ao) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. am), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

13. În anexa nr. 2, la articolul 76, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract

și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

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

„(2) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, situație în care un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a două contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, cu respectarea legislației muncii.”

15. În anexa nr. 2, la articolul 92 alineatul (1), literele f), p), ș), ab) și as) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„f) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

.....
 p) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

.....
 ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate

de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinesc în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....
 ab) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicești se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

.....
 as) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. f) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinesc în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

16. În anexa nr. 2, la articolul 102, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.”

17. În anexa nr. 2, la articolul 107 alineatul (1), literele m) și Ț) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„m) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinesc în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

.....
 Ț) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, pentru serviciile acordate în luna

pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinesc în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

18. În anexa nr. 2, la articolul 119, literele l), aa) și ab) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„l) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinesc în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinesc în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ab) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. aa), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinesc în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

19. În anexa nr. 2, la articolul 130, literele n), q), af) și ag) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„n) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetul de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

q) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurare cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ag) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. af) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația

nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

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

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
- c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.”

21. În anexa nr. 2, la articolul 141, literele f) și w) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

w) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării medicamentelor. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării medicamentelor și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.”

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

„Art. 147. — (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 141 lit. p), se aplică următoarele sancțiuni.”

23. În anexa nr. 2, la articolul 147, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (6), cu următorul cuprins:

„(6) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 141 lit. p), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.”

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

„j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 141 lit. ab).”

25. În anexa nr. 2, la articolul 153, literele k), ș) și t) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din

platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de dispozitive medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării dispozitivelor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării/expedierii dispozitivelor medicale. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivelor medicale și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

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

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de

conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale;

t) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate — altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ș), în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/ punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului — membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea acestui termen, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată.

Asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”.

26. În anexa nr. 2, după articolul 197 se introduce un nou articol, articolul 198, cu următorul cuprins:

„Art. 198. — Sumele corespunzătoare pentru punerea în aplicare a unor prevederi ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative, se acordă unităților sanitare publice aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prin transferuri din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de la o poziție distinctă, pe bază de documente justificative, în condițiile prevăzute în norme.”

Art. II. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2016.

PRIM-MINISTRU
DACIAN JULIEN CIOLOȘ

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

Vlad Vasile Voiculescu

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Gheorghe Radu Țibichi

p. Ministrul finanțelor publice,

Enache Jiru,

secretar de stat

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru completarea Hotărârii Guvernului nr. 678/2015 privind închiderea programelor operaționale finanțate în perioada 2007—2013 prin Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European, Fondul de Coeziune și Fondul European pentru Pescuit

Având în vedere prevederile:

— Regulamentului (CE) nr. 1.083/2006 al Consiliului din 11 iulie 2006 de stabilire a anumitor dispoziții generale privind Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European și Fondul de coeziune și de abrogare a Regulamentului (CE) nr. 1.260/1999, cu modificările și completările ulterioare;

— Regulamentului (CE) nr. 1.198/2006 al Consiliului din 27 iulie 2006 privind Fondul European pentru Pescuit;

— Deciziei Comisiei C(2015)2.771 din 30 aprilie 2015 de modificare a Deciziei C(2013)1.573 privind aprobarea orientărilor referitoare la încheierea programelor operaționale adoptate pentru a beneficia de asistență din partea Fondului european de dezvoltare regională, a Fondului social european și a Fondului de coeziune (2007—2013),

în temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articol unic. — Hotărârea Guvernului nr. 678/2015 privind închiderea programelor operaționale finanțate în perioada 2007—2013 prin Fondul European de Dezvoltare Regională, Fondul Social European, Fondul de Coeziune și Fondul European pentru Pescuit, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 657 din 31 august 2015, cu completările ulterioare, se completează după cum urmează:

1. La articolul 2, după litera b) se introduce o nouă literă, litera b¹), cu următorul cuprins:

„b¹) Pentru programele operaționale pentru care se elaborează declarații de cheltuieli suplimentare pentru ultima aplicație de plată intermediară, termenul de verificare a cererilor de rambursare se prelungește astfel:

— până la data de 30 iunie 2016 pentru programele menționate la art. 2 lit. d¹);

— până la data de 1 august 2016 pentru programele menționate la art. 2 lit. d²);”.

2. La articolul 2, după litera d) se introduc două noi litere, literele d¹) și d²), cu următorul cuprins:

„d¹) până cel târziu 30 iunie 2016 Declarația de cheltuieli suplimentară pentru ultima aplicație de plată

— transmiterea la ACP a declarației de cheltuieli suplimentare pentru ultima aplicație de plată intermediară, pentru următoarele programe operaționale: Programul operațional regional (POR), Programul operațional sectorial Dezvoltarea resurselor umane (POSDRU), Programul

operațional sectorial Creșterea competitivității economice (POSCCE) și Programul operațional Asistență tehnică (POAT);

d²) până cel târziu 1 august 2016 Declarația de cheltuieli suplimentară pentru ultima aplicație de plată

— transmiterea la ACP a declarației de cheltuieli suplimentare pentru ultima aplicație de plată intermediară, pentru următoarele programe operaționale: Programul operațional sectorial Transport (POST) și Programul operațional sectorial Mediu (POSM);”.

3. La articolul 2 litera e), după punctul 11 se introduce un nou punct, punctul 11¹, cu următorul cuprins:

„11¹. Încheierea de acte adiționale pentru prelungirea duratei contractelor de finanțare, prelungită inițial în baza prevederilor art. 2 pct. 2 lit. a¹). Cheltuielile aferente noii perioade de prelungire vor fi de asemenea suportate de beneficiari din bugetul propriu;”.

4. La articolul 3, după litera a) se introduc două noi litere, literele a¹) și a²), cu următorul cuprins:

„a¹) 5 august 2016: ultima aplicație de plată intermediară

— transmiterea la Comisie și la Autoritatea de audit a ultimei aplicații de plată intermediară, pentru programele operaționale care au transmis declarații de cheltuieli suplimentare, respectiv: POR, POSDRU, POSCCE și POAT;

a²) 5 septembrie 2016: ultima aplicație de plată intermediară

— transmiterea la Comisie și la Autoritatea de audit a ultimei aplicații de plată intermediară, pentru programele operaționale care au transmis declarații de cheltuieli suplimentare, respectiv POST și POSM;”.

PRIM-MINISTRU

DACIAN JULIEN CIOLOȘ

Contrasemnează:

Ministrul fondurilor europene,

Cristian Ghinea

Viceprim-ministru, ministrul dezvoltării regionale și administrației publice,

Vasile Dîncu

Ministrul agriculturii și dezvoltării rurale,

Achim Irimescu

p. Ministrul finanțelor publice,

Enache Jiru,

secretar de stat

p. Ministrul afacerilor externe,

Daniel Ioniță,

secretar de stat

București, 16 iunie 2016.

Nr. 433.

ABONAMENTE LA PUBLICAȚIILE OFICIALE PE SUPORT FIZIC
— Prețuri pentru anul 2016 —

Nr. crt.	Denumirea publicației	Valoare (TVA 5% inclus) — lei		
		12 luni	3 luni	1 lună
1.	Monitorul Oficial, Partea I	1.310	360	131
2.	Monitorul Oficial, Partea I, limba maghiară	1.640		150
3.	Monitorul Oficial, Partea a II-a	2.460		220
4.	Monitorul Oficial, Partea a III-a	470		50
5.	Monitorul Oficial, Partea a IV-a	1.880		170
6.	Monitorul Oficial, Partea a VI-a	1.750		160
7.	Monitorul Oficial, Partea a VII-a	600		55
8.	Colecția Legislația României	500	130	
9.	Colecția Hotărâri ale Guvernului României	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 2016 —

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, 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, internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

