

GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

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

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

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

1. La articolul 16, alineatul (2), litera b) se **modifică și va avea următorul cuprins:**

”b) să raporteze în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relații contractuale, facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.”

2. După articolul 20 se introduce un nou articol, art. 20¹, cu următorul cuprins:

”Art. 20¹ (1) Pentru punerea în aplicare a Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 35/2015 pentru modificarea și completarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 83/2014 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2015, precum și alte măsuri în domeniul cheltuielilor publice, precum și pentru modificarea și completarea Legii nr. 152/1998 privind înființarea Agenției Naționale pentru Locuințe, casele de asigurări de sănătate contractează cu unitățile sanitare publice o sumă corespunzătoare aplicării unui factor de corecție la valoarea aferentă serviciilor medicale realizate și validate în luna precedentă la nivelul fiecărui furnizor; factorul de corecție este procentul

determinat prin raportarea influențelor financiare conform prevederilor Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 35/2015 aplicabile unităților sanitare publice la valoarea aferentă serviciilor medicale realizate și validate în luna precedentă la nivelul fiecărui furnizor.

(2) Fiecare unitate sanitară publică depune pentru contractare o solicitare însoțită de documentele justificative pentru punerea în aplicare a prevederilor Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 35/2015;

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie un singur contract cu fiecare unitate sanitară publică cu care are încheiate contracte pentru furnizare de servicii medicale; modelul de contract este prevăzut în norme;

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează lunar, la termenul prevăzut în contract, suma realizată în luna precedentă dar nu mai mult de suma contractată stabilită potrivit prevederilor alin. (1)."

3. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera G, punctul 2, după subpunctul 2.7. se introduce un nou subpunct, subpct. 2.8 cu următorul cuprins:

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

4. În Anexa nr. 1, la capitolul II, litera H, poziția 20 se abrogă.

5. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, numărul curent 33 se modifică și va avea următorul cuprins:

33.	Ventilație noninvazivă****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului-Somnologie poligrafie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului-Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii-Ventilație non-invazivă, a medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă, a medicului specialist de medicină de urgență, care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
-----	--

6. În Anexa nr. 1, la Capitolul III, litera F, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. I lit. C, precum și de serviciile medicale de chimioterapie acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în norme. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.”

7. În Anexa nr. 2, după alineatul (1) al articolului 138 se introduce un nou alineat, alin. (1¹) cu următorul cuprins:

„(1¹) Medicamentele în tratamentul ambulatoriu ce fac obiectul contractelor cost-volum- rezultat, se eliberează de către farmaciile aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în baza unor acte adiționale încheiate în acest sens. Încheie acte adiționale cu farmaciile pentru eliberarea acestor medicamente numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medicii care pot prescrie, conform prevederilor legale în vigoare, medicamentele ce fac obiectul contractelor cost - volum - rezultat.”

8. În Anexa nr. 2, la articolul 141, literele a), r), ș), aa) și ab) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

(...)

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

(...)

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

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

(...)

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. r), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

ab) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale odată cu raportarea lunară conform lit. r), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;”

9. În Anexa nr. 2, la articolul 141, după litera af) se introduce o nouă literă, lit. ag) cu următorul cuprins:

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

10. În Anexa nr. 2, la articolul 142, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

„d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;”

11. În Anexa nr. 2, alinetele (2) și (5) ale articolului 144 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, a celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, a celor din sublista D este de 20% din prețul de referință, iar a celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință.

(...)

(5) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului."

12. **În Anexa nr. 2, după alineatul (9) al articolului 144, se introduce un nou alineat, alin. (9¹) cu următorul cuprins:**

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

13. **În Anexa nr. 2, după alineatul (10) al articolului 144, se introduce un nou alineat, alin. (11) cu următorul cuprins:**

"(11) Pentru contractele cost-volum-rezultat durată maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (9¹) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic."

14. **În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) și litera a) a articolului 145, se modifică și vor avea următorul cuprins:**

"(1) Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială,

cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale - DCI corespunzătoare. Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:

a) pentru sublistele A, B și D - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 330 lei pe lună; (...)"

15. În Anexa nr. 2, alineatul (5) al articolului 145 se modifică și va avea următorul cuprins:

"(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

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

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

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

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

e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene;"

16. În Anexa nr. 2, după alineatul (5) al articolului 145, se introduc două noi alineate, alin. (5¹) și (5²), cu următorul cuprins:

"(5¹) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (5) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, precum și medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(5²) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat, cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a

încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), după caz.”

17. În Anexa nr. 2, alineatul (7) al articolului 145 se modifică și va avea următorul cuprins:
“(7) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 zile.”
18. În Anexa nr. 2, la articolul 147, partea introductivă a alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:
“(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 141 lit. a) - f), h), j) - x), z) - ab), ae) și ag) se aplică următoarele sancțiuni: (...)”
19. În Anexa nr. 2, după articolul 172¹ se introduce un nou articol, art. 172², cu următorul cuprins:
"Art. 172² – Furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate, serviciile medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate - altele decât cele transmise în platforma în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile art. 3 lit. aq), art. 24 lit. am), art. 42 lit. am), art. 59 lit. ae), art. 74 lit. am), art. 92 alin. (1) lit. f), art. 119 lit. ab), art. 130 lit. af), art. 153 lit. ș), în maxim 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale / eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate / dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; asumarea serviciilor medicale acordate / dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații serviciile medicale și dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

ART. II Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 octombrie 2015.

PRIM MINISTRU

VICTOR - VIOREL PONTA

