

Nr. NB 9886/ 30.09.2015

Nr. DG 1633/ 29.09.2015

**APROBAT
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
NICOLAE BĂNICIOIU**

**APROBAT
PREȘEDINTE
VASILE CIURCHEA**

REFERAT

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

Având în vedere:

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

- dispozițiile art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, potrivit căreia Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

propunem aprobarea Ordinului anexat, cu mențiunea că prevederile proiectului de act normativ au avut în vedere:

✓ Coroborarea cu prevederile Hotărârii de Guvern nr. 791/2015 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, cu modificările și completările ulterioare;

✓ punerea în aplicare a prevederilor OUG nr. 35/2015 pentru modificarea și completarea OUG 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. Se vor încheia contracte distincte cu unitățile sanitare publice pentru sume, ce se vor acorda lunar începând cu luna octombrie 2015, astfel încât să fie asigurate influențele financiare determinate de reglementările OUG nr.35/2015, în acest sens proiectul de act normativ cuprinde modelul de contract;

✓ îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale paraclinice și la unele servicii spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, prin asigurarea transportului dus – întors a persoanelor nedeplasabile la furnizorii de investigații paraclinice și acordarea trimestrială a serviciilor de spitalizare de zi pentru terapia distoniilor musculare;

✓ în vederea monitorizării serviciilor medicale și dispozitivelor medicale, s-a prevăzut că furnizorii de servicii medicale și dispozitive medicale au obligația transmiterii serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor medicale 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) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare] în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale/ eliberării dispozitivelor medicale, acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale / dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

✓ actualizarea modalității de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor, ca urmare a introducerii unei noi subliste, sublista D (sublista D procent de compensare de 20% din prețul de referință pentru 21 de DCI);

✓ actualizarea modalității de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat; prescrierea medicamentelor pentru contractele cost-volum/ cost-volum-rezultat se face pe denumire comercială pentru o perioadă de 30-31 de zile. Decontarea pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum se face similar celorlalte categorii de medicamente, respectiv la 60 de zile de la validarea prescripției. Decontarea pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat se face în 60 de zile de la validarea facturii, numai pentru pacienții la care s-a înregistrat rezultatul medical, factură care se depune la casa de asigurări de sănătate după evaluarea rezultatului medical.

Având în vedere cele de mai sus, supunem aprobării prezentul referat și proiectul de Ordin anexat.

**SECRETAR GENERAL
GABRIEL FLORIN PUȘCĂU**

**DIRECTOR GENERAL
RADU ȚIBICHI**

Nr. 1211 / 30.09.2015

Nr. 943 /30.09.2015

ORDIN

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

Având în vedere Referatul de aprobare nr. NB 9886/30.09.2015 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1633/29.09.2015 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată;
- Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

ART. I

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

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

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

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

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

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

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

- “- sistem pentru monitorizarea nivelurilor de doză de referință 10 puncte
- sistem pentru justificarea și optimizarea dozelor de iradiere 10 puncte”

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

”

| | | |
|----|---|-------------------------------------|
| 48 | Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale / paraliziiilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg | 1461,05lei/asigurat/ trimestru |
| 49 | Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg; | 905,28 lei/asigurat/ trimestru |
| 50 | Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale / paraliziiilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg | 1245,12 lei/ asigurat/ trimestru |
| 51 | Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează | 689,35 lei/asigurat/ |

| | |
|---|-----------|
| spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg | trimestru |
|---|-----------|

”

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

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

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

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

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

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

”

| | |
|-----|--|
| 29. | Ventilație noninvazivă****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului-Somnologie poligrafie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului- Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii -Ventilație 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 |
|-----|--|

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare a prescripției cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se

semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

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

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

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

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

” Art. 2 - (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 zile.”

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

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

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

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

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu

renunță și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/primitorului în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor [art. 1](#) alin. (3) - care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracționat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maxim 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracționată se va face cu respectarea cantității lunare din fiecare medicament determinată în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/farmacile care a/au eliberat medicamente fracționat va/vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripției, la aceeași sau la o altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor [art. 1](#) alin. (3) care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

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

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

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

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

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

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

- b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;
- c) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;
- d) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;
- e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.”

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

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

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

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

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

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

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

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....
ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în

care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe prescripție - componenta eliberare;

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Borderoul centralizator nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, și nici medicamentele corespunzătoare DCI-

urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

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

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

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

23. În anexa nr. 37, la articolul 10 alineatul (2), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - f), h), j) - x), z) - ab), ae) și ag) se aplică următoarele sancțiuni:”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- copia certificatului de garanție,
- declarație privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare,

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

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

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

- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate și a codului numeric

personal/codul unic de asigurare sau după caz, a pașaportului persoanei care semnează de primire, situații în care nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate;

În situația în care dispozitivul medical se ridică de la furnizor de către beneficiar, confirmarea primirii dispozitivului medical în vederea decontării acestuia se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate al beneficiarului/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223](#) alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul.

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

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

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

" - Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS/casele de asigurări de sănătate, după caz,, prin contractul nr., cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca"

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

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

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

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

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

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

de laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimitere fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.5 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator : în maximum 72 de ore de la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 72 de ore de la momentul primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice și pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale;

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

15.6 În asistența medicală spitalicească:

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

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

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

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

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

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

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

ART. II

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

**Ministrul sănătății,
Nicolae BĂNICIOIU**

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

CONTRACT

I. Părțile contractante

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

Și

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

II. Obiectul contractului

ART. 1

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

III. Durata contractului

ART. 2

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

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

IV. Obligațiile părților

ART. 4

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze unităților sanitare publice sumele realizate corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 35/2015, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțită de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în

limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura se face numai în format electronic;

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

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

ART. 5

Unitatea sanitară publică are următoarele obligații:

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

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

V. Modalități de plată

ART. 6

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

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

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

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

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

ART. 7

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

VI. Răspunderea contractuală

ART. 8

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

VII. Clauze speciale

ART. 9

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

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

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

VIII. Suspendarea, încetarea și rezilierea contractului

ART. 10

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

ART. 11

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

IX. Corespondența

ART. 12

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

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

X. Modificarea contractului

ART. 13

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

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

ART. 14

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

ART. 15

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

XI. Soluționarea litigiilor

ART. 16

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

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XII. Alte clauze

.....

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

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Președinte - Director general,

.....

Director executiv al

Direcției economice,

.....

Director executiv al

Direcției Relații Contractuale

.....

Vizat

Juridic, Contencios

.....

FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Manager,

.....

Director medical,

.....

Director financiar-contabil,

.....

Director de îngrijiri,

.....

Director de cercetare-dezvoltare,

.....”

