

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1	
Titlul proiectului de act normativ	Hotărâre pentru 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
Secțiunea a 2-a Motivul emiterii actului normativ:	
<p>În baza dispozițiilor art. 217 alin.(2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare, Contractul cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.</p>	
1. Descrierea situației actuale	<p>În prezent, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate în condițiile legii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare. Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații. Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au dreptul la un pachet de servicii minimal care cuprinde servicii medicale ce se acordă numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a leuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenire.</p> <p>Pachetele de servicii (minimal și de bază) și Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 sunt aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 400/2014.</p>
2. Schimbări preconizate	<p>Modificările și completările propuse prin prezentul act normativ au ca determinante principale:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Întărirea disciplinei contractuale În acest sens, s-a prevăzut că la contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale vor depune o declarație pe proprie răspundere din care să rezulte că nu au încheiate/nu încheie contracte, convenții, înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care să aibă ca obiect prestări servicii de orice natură pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale pentru care se încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care se constată încălcarea acestei obligații contractul se reziliază de drept. În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condițiile menționate anterior casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Totodată, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal.2. Îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale

în ambulatoriu

În acest sens au fost aduse completări / modificări pachetelor de servicii (minimal și de bază) acordate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, respectiv:

▪ **În pachetul minimal de servicii medicale:**

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice au fost prevăzute consultații **pentru supravegherea evoluției sarcinii și lehuziei - se acordă o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere**
- în asistența medicală spitalicească, în cadrul criteriilor pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi a fost introdus criteriul **epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare.**

▪ **În pachetul de bază:**

- **în asistența medicală primară:**
 - au fost introduse serviciile de administrare de medicamente la cabinet
 - a fost majorat numărul maxim de consultații la domiciliu de la 21 la 42; acestea pot fi acordate și asiguraților nedepasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet,
 - a fost introdusă spirometria în cadrul serviciilor adiționale de pot fi acordate de medicii de familie
- **în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice**
 - au fost introduse serviciile de supraveghere a sarcinii și lehuziei
 - *în cadrul Serviciilor medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, pentru copii 0-18 ani se pot acorda 2 consultații (în prezent pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se acordă o consultație)*
 - pentru afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități: se acordă maxim 4 consultații/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună. *(în prezent se acordă o consultație pe lună sau pe trimestru pe asigurat, după caz.)*
 - au fost introduse proceduri/tratamente noi (recoltare material biptic; tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză)
 - a fost modificată lista serviciilor de sănătate conexe actului medical prin introducerea de servicii noi și eliminarea/redefinirea unor servicii *(la specialitatea neurologie și neurologie pediatrică: s-a introdus psihoterapie pentru copii/adult; la specialitatea psihiatrie pediatrică: au fost introduse servicii furnizate de kinetoterapeut pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist: kinetoterapie individuală / kinetoterapie de grup / kinetoterapie pe aparate speciale)*
- **în asistența de medicină dentară**
 - serie de servicii ce erau prevăzute a se acorda numai copiilor până la 18 ani se vor acorda tuturor asiguraților, indiferent de vârstă,
- **în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice**
 - a fost modificată lista serviciilor de investigații paraclinice prin introducerea de servicii noi (examen radiologic articulații sacro-iliace / ecografie transrectala / CT buco-maxilo-facial nativ / CT mastoidă / CT sinusuri / CT hipofiză cu substanță de contrast / CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast / RMN sinusuri / RMN hipofiză cu substanță de contrast / RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN / Colangio RMN); redefinirea examinărilor histopatologice și citologice; eliminarea din pachet a analizelor de laborator *transferina și bicarbonatul seric (bicarbonatul seric nu se recomandă a se efectua în ambulatoriu); / înlocuirea unor investigații*

radiologice specifice coloanei vertebrale, respectiv: ex. radiologic părți coloană dorsală, ex. radiologic părți coloană lombară, ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală, ex. radiologic coloana cervicală, **cu investigația paraclinică** "Examen radiologic coloană vertebrală /segment".

o **în asistența medicală spitalicească**

- au fost revizuite reglementările privind situațiile în care nu se solicită bilet de internare, în sensul structurării acestora în situații specifice spitalizării continue și situații specifice spitalizării de zi, precum și completarea situațiilor care permit prezentarea fără bilet de trimitere (**pentru optimizarea accesului asiguraților la servicii medicale spitalicești**) – ex: în spitalizare continuă: pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată – ani; în spitalizare de zi: monitorizare a bolnavilor oncologici; evaluare dinamică a răspunsului viro - imunologic

o **îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu**

- a fost revizuit pachetul de servicii de bază prin introducerea unui nou serviciu (kinetoterapie individuală), comasarea unor servicii, excluderea unor servicii (supravegherea și îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei controlate de pacient/recoltarea produselor biologice) și revizuirea condițiilor în care pot fi acordate unele servicii;

o **dispozitive medicale**

- a fost revizuit pachetul de servicii de bază prin:
 - ✓ introducerea unor noi dispozitive: (la „proteza de coapsă” a fost introdusă *proteza modulară cu manșon de silicon* care se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior; în categoria dispozitivelor pentru terapia cu aerosoli a fost introdus *nebulizatorul cu compresor* care se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani; a fost introdusă o nouă categorie de dispozitive – „Dispozitive pentru administrarea chimioterapie” în această categorie regăsindu-se dispozitivul pentru acces venos central - cameră implantabilă cu cateter pentru administrarea chimioterapie pe termen mediu și lung)
 - ✓ excluderea unor dispozitive medicale: de la ortezele de genunchi – gleznă - picior au fost eliminate *gambier cu scurtare* și *orteza Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)*, având în vedere că nu mai este recomandată utilizarea acestora; de la ortezelor corectoare de statică a piciorului a fost eliminată *orteza hallux-valgus*, având în vedere că nu mai este recomandată utilizarea acesteia; excluderea *dispozitivelor pentru administrarea medicației și alimentației artificiale* (furnizorii de dispozitive medicale ce au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate nu au oferit acest tip de dispozitive);
- revizuirea condițiilor în care pot fi acordate unele dispozitive medicale din pachetul de bază:
 - ✓ în cazul dispozitivelor pentru incontinență urinară, pentru sacul colector de urină s-a precizat că pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină
 - ✓ pentru Inhalatorul salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen s-a precizat că se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă și astm bronșic

o **medicamente:**

- pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală din sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maxim două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente, cu excepția triplei terapii pentru hepatitele cronice virale și cirozele hepatice unde numărul maxim de medicamente este 4;

- pentru DCI-urile **incluse necondiționat în Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală**, în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) **se includ denumirile comerciale menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale**, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și cale de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică aferent denumirilor comerciale menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale..
- pentru DCI-urile **incluse condiționat în Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală**, în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piață (CANAMED) **se includ denumirile comerciale prevăzute în contractele cost-volum/cost-volum rezultat**, încheiate între deținătorii de autorizații de punere pe piață/reprezentanții legali ai acestora și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și după caz și Ministerul Sănătății.

3. Protecția asiguraților față de costurile serviciilor medicale

Pe toate segmentele de asistență medicală, a fost introdusă obligația furnizorilor de a nu încasa sume pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

4. Îmbunătățirea utilizării fondurilor aprobate cu destinația servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție în tratamentul ambulatoriu și dispozitive medicale

- Pentru toate categoriile de furnizori, obligația de a solicita cardul național de asigurări sociale de sănătate începând cu data implementării acestui document a fost completată în sensul că se va solicita 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, documente pe care le vor utiliza în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale / medicamente /dispozitivele medicale din pachetul de bază, acordate / eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

Totodată, s-a prevăzut că furnizorii utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off - line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică.

Serviciile medicale/medicamentele/dispozitivele medicale acordate /eliberate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off - line se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale/medicamentele/dispozitivele medicale din pachetul de bază acordate/eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează

furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

▪ **În asistența medicală primară:**

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 pentru anul 2015 are următoarea structură:

- a) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;
- b) **20%** pentru plata per capita și **80%** pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).

[în prezent 50% pentru per capita și 50% pentru plata pe serviciu]

▪ **Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală**

Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală, au obligația să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:

- a) pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, se încasează coplată / zi ;
- b) nivelul minim al coplății este de 5 lei/zi, iar nivelul maxim este de 10 lei / zi. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 213¹ din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri.

▪ **Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice**

- a fost introdusă contribuție personală din partea asiguratului, cu excepția copiilor 0 - 18 ani și a persoanelor beneficiare ale legilor speciale prevăzute de Legea 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru serviciile de înaltă performanță și medicină nucleară: RMN, CT, angiografie și scintigrafie din pachetul de bază, în condițiile stabilite prin norme.

Furnizorii pot să încaseze sume reprezentând contribuția personală a asiguratului în limita unui nivel maxim. Nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

- pentru unele servicii medicale paraclinice din pachetul de bază tarifele care se contractează și decontează de casele de asigurări de sănătate vor fi negociate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice.

▪ **Asistența medicală spitalicească**

În cazul spitalizării continue, respectiv spitalizării de zi, validarea cazurilor rezolvate, respectiv a cazurilor/serviciilor în regim de spitalizare de zi, în vederea decontării, se face de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și confirmarea cazurilor din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

▪ **Consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat**

Pentru a putea intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a fost introdusă o nouă condiție, respectiv să implementeze sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului act normativ. În cazul în care nu este îndeplinită această condiție în termenul menționat anterior, se reziliază contractul.

▪ **Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu**

○ Farmaciile au obligația să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative, cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul;

Refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective.

○ Pentru medicamentelor corespunzătoare DCI – urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

▪ **Dispozitive medicale**

Furnizorii de dispozitive medicale, au obligația să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen.

5. Creșterea calității actului medical; stimularea concurenței și dezvoltarea unui mediu concurențial care să încurajeze performanța

▪ **Medicii de familie** pot încheia contract de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate indiferent de numărul persoanelor înscrise pe listele proprii și nu mai este prevăzută stabilirea unui număr necesar de medici de familie care să intre în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

[în prezent limita minimă este de 800 persoane înscrise în mediul urban, iar în mediul rural se stabilește pe unități administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie; Comisia stabilea și numărul necesar de medici de familie ce puteau intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate]

Ca și rezultat al acestei noi reglementări:

- au fost eliminate prevederile referitoare la numărul optim de 1.800 de persoane înscrise pe lista unui medic de familie;
- au fost eliminate reglementările privind comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie - care aveau atribuții în stabilirea numărului necesar de medici și a numărului de persoane înscrise (în mediul rural) pentru care se încheia contract cu casa de asigurări de sănătate;
- medicul de familie nou-venit într-o localitate care încheie convenție de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de 3 luni (perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei), la sfârșitul celor 3 luni încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului;
- urmare a desființării comisiei mai sus menționate, stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de către reprezentanții casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică;

▪ **Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice**

Nu mai este prevăzută stabilirea unui număr necesar de medici de

	<p>specialitate din specialitățile clinice care pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.</p> <p>Ca și rezultat al acestei noi reglementări:</p> <ul style="list-style-type: none"> - au fost eliminate reglementările privind comisia care stabilea necesarul de medici, precum și atribuțiile acesteia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice <ul style="list-style-type: none"> ○ Numărul necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ și repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigații de radiologie și imagistică și explorări funcționale, se stabilesc de către reprezentanții ai casei de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică funcție de condițiile specifice de la nivel local, pe care le fac publice-pe pagina web a casei de asigurari de sanatate si a directiei de sanatate publica <ul style="list-style-type: none"> ○ În categoria documentelor pe baza cărora se încheie contractele de furnizare de servicii medicale paraclinice au fost introduse noi documente, respectiv: <ul style="list-style-type: none"> - autorizație sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator - autorizația pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare - documentele privind deținerea mijloacelor de transport auto individualizate și care sunt utilizate numai pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare <p>6. Reducerea birocrăției</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentele necesare încheierii contractelor se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor. <p style="margin-left: 40px;"><i>motivație: pregătirea pentru o etapă ulterioară în care, în cadrul procesului de contractare, documentele necesare încheierii contractelor se vor transmite de către furnizori caselor de asigurări de sănătate numai în format electronic, în vederea reducerii birocrăției</i></p> ▪ Prescripțiile medicale on-line se pastrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurari de sanatate doar la solicitarea acesteia. ▪ Pentru furnizorii de servicii medicale / medicamente aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a fost introdusă obligația de a asigura utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data de la care acesta se implementează <p>7. Pentru respectarea reglementărilor privind regimul de utilizare a cardului național de asigurări sociale de sănătate ca document cu caracter personal,</p> <p style="margin-left: 40px;">s-a prevăzut că este interzisă reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a cardurilor naționale de asigurări sociale de sănătate activate.</p> <p style="margin-left: 40px;">În situația în care, există sesizări referitoare la încălcarea obligației menționată anterior, se anunță organele abilitate.</p>
3. Alte informații	
Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ	
1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului	Nu este cazul

ajutoarelor de stat	
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Nu este cazul
3. Impactul social	Pe termen lung se așteaptă îmbunătățirea indicatorilor stării de sănătate la nivel național, dar și micșorarea diferențelor în starea de sănătate, comparativ cu media Uniunii Europene și creșterea accesului la servicii de sănătate și adresabilității acestora.
4. Impactul asupra mediului	Nu este cazul
5. Alte informații	Nu este cazul
Secțiunea a 4-a	
Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung.	
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
3. Impact financiar, plus/minus	Nu este cazul
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul.
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare.	Nu este cazul.
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul.
7. Alte informații.	Nu este cazul
Secțiunea a 5-a	
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare.	
1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:	
a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;	Modificarea 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
b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru 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
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie.	Nu este cazul.

3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Nu este cazul.
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Nu este cazul.
5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ	
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	<p>Negocieri în procesul de elaborare a proiectului de hotărâre de modificare și completare 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 Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.</p> <p>Consultări în procesul de elaborare a proiectului de hotărâre de modificare și completare 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 organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.</p>
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	În conformitate cu prevederile art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative.	Nu este cazul.
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul.
5. Informații privind avizarea de către:	Se supune avizului Consiliului Legislativ.
a) Consiliul Legislativ	
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	Nu este cazul.

c) Consiliul Economic și Social	Nu este cazul.
d) Consiliul Concurenței	Nu este cazul.
e) Curtea de Conturi	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 7-a	
Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ.	Prezentul act normativ a respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică fiind afișat atât pe site-ul Ministerului Sănătății cât și pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice.	Nu este cazul
3. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 8-a	
Măsuri de implementare	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente.	
2. Alte informații	Nu este cazul.

În acest sens, a fost întocmit proiectul de *Hotărâre a Guvernului pentru 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* pe care îl supunem spre aprobare.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
Nicolae BĂNICIOIU

Avizăm favorabil:

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Vasile CIURCHEA

Ministrul finanțelor publice

Darius - Bogdan VÂLCOV

Ministrul justiției

Robert - Marius CAZANCIUC

