

GUVERNUL ROMÂNIEI



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**

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 210 alin. (1) lit. c) și d) și al art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I – Anexa 1 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 366 din 19 mai 2014, se modifică și se completează după cum urmează:

- 1. La Capitolul I, lit. A, pct. 1, subpct. 1.5. se modifică și va avea următorul cuprins:**
" 1.5. servicii de prevenție"
- 2. La Capitolul I, lit. A, pct. 1, detalierea subpct. 1.5. și 1.6. se modifică și vor avea următorul cuprins:**
"1.5. Serviciile de prevenție – consultație preventivă și evaluarea clinică și condițiile acordării acestora de către medicul de familie se detaliază în norme"
1.6. Activitățile de suport - eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, bilet de trimitere către medicul de specialitate din ambulatoriu pentru consultații pentru monitorizarea evoluției sarcinii și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic."
- 3. La Capitolul I, lit. B, pct. 1, subpct. 1.3. se modifică și va avea următorul cuprins:**
"1.3. consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lehuziei;"
- 4. La Capitolul I, lit. B, pct. 1, subpct. 1.4. se abrogă.**

5. La Capitolul I, lit. B, pct. 1, detalierea subpct. 1.3. se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.3. Consultații pentru monitorizarea evoluției sarcinii: o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină."

6. La Capitolul I, lit. B, pct. 1, detalierea subpct. 1.4. se abrogă.

7. La Capitolul I, lit. C, pct. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"1. Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă și de zi și se acordă în situația în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare."

8. La Capitolul I, lit. C, subpct. 1.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.2. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de spitalizare de zi sunt:

a) urgență medico-chirurgicală;

b) epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare;"

9. La Capitolul II, lit. A, pct. 1, preambulul de la subpct. 1.1.3. se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.1.3. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice, altele decât cele de la punctul 1.1.4, se vor realiza pentru: (...)".

10. La Capitolul II, lit. B, pct. 1, subpct. 1.2.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.2.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite prin norme, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu."

11. La Capitolul II, lit. B, pct. 1, subpct. 1.3.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.3.2. Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală - contract sau convenție - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare consultațiile pentru afecțiunile stabilite prin norme care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu."

12. La Capitolul II, lit. B, pct. 1, subpct. 1.6, în tabelul de la subpct. 1.6.2., poziția 19 de la pct. A, se modifică și va avea următorul cuprins:

”

19	teste clinice (EDS, scor miastenic, UPDRS, MMSE, raisberg)
----	------------------------------------------------------------

”

13. La Capitolul II, lit. B, pct. 1, subpct. 1.6, în tabelul de la subpct. 1.6.2., poziția 9 de la pct. E, se modifică și va avea următorul cuprins:

”

9	terapia chirurgicală complexă a panarițului osos, articular, tenosinival
---	--------------------------------------------------------------------------

”

14. La Capitolul II, lit. B, pct. 1, a 5-a liniuță de la detalierea subpct. 1.7 se modifică și va avea următorul cuprins:

”- ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;”

15. La Capitolul II, lit. B, pct. 1, subpct. 1.7, la subpct. 1.7.1. după lit. a2) se introduce o literă nouă, litera a2.1), cu următorul cuprins:

” a2.1) consiliere/intervenție de psihopedagogie specială – logoped”

16. La Capitolul II, lit. B, pct. 1, subpct. 1.7, la subpct. 1.7.1., preambulul de la litera e), se modifică și va avea următorul cuprins:

”e) Ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică: (...)”

17. La Capitolul II, lit. C, pct. 1, subpct. 1.3.1. se modifică și va avea următorul cuprins:

”1.3.1. Perioada pentru care se acordă procedurile specifice de reabilitare medicală este de maximum 21 de zile/an/asigurat atât la copii, cât și la adulți, cu excepția copiilor 0 – 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de reabilitare medicală pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracționate în maximum două fracțiuni, în funcție de afecțiunea de bază, la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală.”

18. La Capitolul II, lit. C, pct. 1, subpct. 1.3., prima teză de la subpct. 1.3.3. se completează și va avea următorul cuprins:

”1.3.3. Seria de proceduri specifice de reabilitare medicală stabilită de medicul de specialitate, reabilitare medicală include maximum 4 proceduri/zi de tratament. (...)”

19. La Capitolul II, lit. E, în tabelul de la pct. 2, după poziția 44 se introduce o poziție nouă, poz. 44¹, cu următorul cuprins:

”

44 ¹	CT buco-maxilo-facial nativ
-----------------	-----------------------------

”

20. La Capitolul II, lit. E, în tabelul de la pct. 2, după poziția 51 se introduce o poziție nouă, poz. 51¹, cu următorul cuprins:

”

51 ¹	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast
-----------------	---------------------------------------------------------

”

21. La Capitolul II, lit. F, litera d) a punctului 3 se completează și va avea următorul cuprins:

”d) bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital; bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată – ani”

22. La Capitolul II, lit. F, punctul 12 se modifică și va avea următorul cuprins:

”12. Nu se solicită bilet de internare în următoarele situații:

a) pentru spitalizare continuă

- naștere;

- urgențe medico-chirurgicale;

- boli cu potențial endemoepidemic, care necesită izolare și tratament;

- bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

- pentru bolnavii care necesită asistență medicală spitalicească de lungă durată - ani

- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

- transferul intraspitalicesc în situația în care se schimbă tipul de îngrijire;

- transferul interspitalicesc;

- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și de servicii medicale spitalicești pentru pacienții

din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României.

b) pentru spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de:

- urgență medico-chirurgicală;
- chimioterapie,
- radioterapie
- administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
- monitorizare a bolnavilor cu HIV/SIDA,
- evaluare dinamică a răspunsului viro - imunologic
- monitorizare și tratament a bolnavilor cu talasemie,
- monitorizare a bolnavilor oncologici,
- administrare a tratamentului pentru profilaxia rabiei,
- monitorizarea sifilisului genital primar și sifilisului secundar al pielii și mucoaselor
- rezolvarea cazurilor care au recomandat de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană beneficiază de servicii medicale spitalicești programate și acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, respectiv de servicii medicale spitalicești acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, precum și de servicii medicale spitalicești pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României."

23. La Capitolul II, în tabelul de la lit. H, pozițiile 28 și 34 se abrogă.

24. La Capitolul II, la lit. K, în tabelul de la pct. 3, poziția 5 se completează și va avea următorul cuprins:

"

5	Bandă pentru incontinență urinară (***)		
---	-----------------------------------------	--	--

"

25. La Capitolul II, la lit. K, sub tabelul de la pct. 3, după **) se introduc (*) cu următorul cuprins:**

"(***) Se acordă o singură dată."

26. La Capitolul II, la lit. K, pct. 6, în tabelul de la pct. 6.3, de la poziția 9 se abrogă lit. d).

27. La Capitolul II, la lit. K, în tabelul de la pct. 11, poziția 5 se completează și va avea următorul cuprins:

”

5.	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/ electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată *)	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

”

28. La Capitolul II, la lit. K, sub tabelul de la pct. 11, se introduce “*)” cu următorul cuprins:
“*) se acordă prin închiriere.”

29. La Capitolul II, la lit. K, pct. 13 se abrogă.

30. La Capitolul II, la lit. K, se introduce un punct nou, pct. 14, cu următorul cuprins:

”14. Dispozitive pentru administrarea chimioterapiei

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
1	Dispozitiv pentru acces venos central	Cameră implantabilă cu cateter pentru administrarea chimioterapiei *)	4 ani
2	Pompă elastomerică pentru administrare intravenoasă	Pompă elastomerică pentru termen lung **)	1 pompă pe administrare /medicament- medicamente
		Pompă elastomerică pentru termen scurt **)	

*) Se acordă pentru administrarea chimioterapiei pe termen mediu și lung, asiguraților cu afecțiuni onco - hematologice, în condițiile prevăzute în norme.

**) Se acordă pentru administrarea chimioterapiei intravenos, asiguraților cu afecțiuni onco - hematologice, în condițiile prevăzute în norme.”

Art. II – Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, publicată în

Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 366 din 19 mai 2014, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 1, alineatele (3), (4), (5), (6), (7) și (9) se abrogă.

2. La articolul 2, alineatul (1), literele j), k), n) și p) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”j) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;

k) actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

(...)

n) lista cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniți și pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

(...)

p) lista bolnavilor cu afecțiuni cronice conform evidenței organizate la nivelul cabinetului.”

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

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate prin semnătura electronică a reprezentantului legal al furnizorului.”

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse /transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

4. La articolul 10, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) La sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit încheie contract de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului.”

5. La articolul 11, alineatele (2) și (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe în scris asigurații despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis în ceea ce privește respectarea obligației prevăzută mai sus se face de către casa de asigurări de sănătate.

(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia.

6. La articolul 19, litera f) se abrogă.

7. La articolul 22, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.”

8. La articolul 22 alineatele (3) și (4) se abrogă.

9. La articolul 23, la alineatul (1) literele j) și k) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;

k) actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;”

10. La articolul 23, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătura electronică a reprezentantului legal al furnizorului.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse /transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

11. La articolul 24, litera s) se modifică și va avea următorul cuprins:

”) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezenta hotărâre și în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;”

12. La articolul 27, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(3) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 21 alin. (2), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 30 alin. (2). Excepție fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. Medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital reprezintă personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

13. La articolul 30, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care pentru anumite specialități există deficit de medici stabilit de reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână.”

14. La articolul 40 alineatele (2) și (3) se abrogă.

15. La articolul 41, la alineatul (1), literele k) și o) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“k) actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;

(...)

o) actul de identitate pentru medici și asistenții medicali;”

16. La articolul 41, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătura electronică a reprezentantului legal al furnizorului.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

17. La articolul 42, litera r) se modifică și va avea următorul cuprins:

“r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în hotărâre și

în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită numai dacă, în urma interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată, furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;”

18. La articolul 42, după litera ak) se introduce o nouă literă, al), cu următorul cuprins:

”al) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație.”

19. La articolul 45, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(3) Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 39 alin. (2), își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la 48 alin. (2). Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână. Medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital reprezintă personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

20. La articolul 48, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică de reabilitare medicală, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția situațiilor în care există deficit de medici constat de reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică și pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână.

21. La articolul 58, alineatul (1), litera k) se modifică și va avea următorul cuprins:

”k) actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;”

22. La articolul 58, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate prin semnătura electronică a reprezentantului legal al furnizorului.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

23. La articolul 59, litera q) se modifică și va avea următorul cuprins:

”q) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în hotărâre și în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, drept urmare a interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată, furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și de a arhiva rezultatul interogării;”

24. La articolul 60, după litera f) se introduce o nouă literă, lit. g), cu următorul cuprins:

”g) să încaseze contribuția personală a asiguratului pentru serviciile din pachetul de bază la care este prevăzută contribuție personală, conform normelor.”

25. La articolul 72, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) 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 casa de asigurări de sănătate.”

26. La articolul 72, alineatul (3) se abrogă.

27. La articolul 72, alineatul (11) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(11) Fiecare medic de specialitate din specialitățile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfășura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislația muncii. Medicii de specialitate cu integrare

clinică într-un spital reprezintă personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

28. La articolul 73, la alineatul (1), literele m) și n) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”m) documentul care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimiști, biochimiști;

n) actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;”

29. La articolul 73, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătura electronică a reprezentantului legal al furnizorului.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

30. La articolul 75, după litera f) se introduce o nouă literă, lit. g) cu următorul cuprins:

”g) să încaseze contribuția personală a asiguratului pentru serviciile din pachetul de bază la care este prevăzută contribuție personală, conform normelor.”

31. Articolul 85 se modifică și va avea următorul cuprins:

”Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, dintre care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare. Spitalele de specialitate, spitalele de cronici și penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.”

32. La articolul 86, alineatul (1), litera o) se abrogă.

33. La articolul 86, alineatul (1), literele p), q) și s) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”p) ordinul ministrului sănătății privind clasificarea spitalului, după caz;

q) documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuității asistenței medicale cu o linie/două linii de gardă, conform art.85.

(...)

s) actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;"

34. La articolul 86, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătură electronică a reprezentantului legal al furnizorului

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată."

35. La articolul 87, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate se face de casa de asigurări de sănătate și direcția de sănătate publică."

36. La articolul 87, alineatul (4) se abrogă.

37. La articolul 88, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(1) Serviciile medicale spitalicești sunt preventive, curative, de recuperare și paliative și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă, după caz, funcție de tipul de spitalizare."

38. La articolul 89, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) situațiile prevăzute în Anexa 1 la capitolul I, lit. C, pct. 1 și la capitolul II, lit. F, pct. 12."

39. La articolul 90, alineatele (3) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(3) Cheltuielile ocazionate de activitățile desfășurate în camerele de gardă și în structurile de urgență din cadrul spitalelor pentru care finanțarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătății/ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă și sunt contractate distinct și decontate prin tarif pe serviciu medical. Sumele contractate pentru serviciile medicale în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidențiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unități sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe

serviciu medical, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat pe specialități aferent spitalizării continue, în situațiile în care cazurile sunt internate în aceeași unitate sanitară prin spitalizare continuă și în aceeași zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unității sanitare cu paturi și decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.”

40. La articolul 90, alineatul (5) se abrogă.

41. La articolul 91, litera a) de la alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”a) 9% pentru decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 100 și pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, inclusiv regularizări trimestriale, precum și încheierea de contracte noi funcție de necesarul de servicii medicale, în condițiile prevăzute în norme, după caz;”

42. La articolul 92, litera r) de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în hotărâre și în norme; până la data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, drept urmare a interogării aplicației instalate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăsește în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligația de a lista și arhiva rezultatul interogării;”

43. La articolul 92, litera aq) de la alineatul (1) se abrogă.

44. La articolul 93, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

”a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate, în limita valorii de contract stabilite, precum și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme;”

45. La articolul 96, alineatul (1), literele a), b) și g) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externate, raportate și validate, în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme.

Validarea cazurilor rezolvate 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 datelor clinice și medicale la nivel de pacient comunicate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);

b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății

Numărul de cazuri externate și raportate se validează de către casa de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, cu încadrarea în valoarea de contract, având în vedere și numărul de cazuri externate și raportate confirmate din punct de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condițiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b);

(...)

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, se face în funcție de numărul de cazuri/sevicii, raportate și validate în limita valorii de contract stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății, în condițiile prevăzute în norme.

Validarea 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/serviciilor 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 conform prevederilor stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

46. La articolul 98, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

“(1) Spitalele sunt obligate să suporte suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 97 lit. a), b) și c), cu excepția:

- medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate și medicamentelor pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate,
- dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru unele afecțiuni.”

47. La articolul 99, litera c) de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”c) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de lei, iar nivelul maxim este de lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul consiliului de administrație al unității sanitare respective.”

48. La articolul 102, litera b) de la alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”b) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 5% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar față de procentul prevăzut la lit. a).”

49. La articolul 102, alineatul (2), după litera b) se introduce o nouă literă, lit. c), cu următorul cuprins:

”c) pentru raportarea incorectă /incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.”

50. La articolul 106, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor se transmit în format electronic asumate prin semnătură electronică a reprezentantului legal al furnizorului.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

51. La articolul 118, alineatul (1), literele j), n) și o) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”j) actul constitutiv;

(...)

n) actul doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor;

o) actul de identitate pentru medici și asistenții medicali;”

52. La articolul 118, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătură electronică a reprezentantului legal al furnizorului.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse / transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

53. La articolul 119, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

”d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoțită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, și documentele justificative privind activitățile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru și ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;”

54. La articolul 119, după litera v) se introduc trei noi litere, w), y) și z), cu următorul cuprins:

”w) să utilizeze prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope în terapia durerii, care este formular cu regim special, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare, dacă medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii; medicii au obligația să informeze în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

y) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, respectiv prescripția medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea medicamentelor prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menționate anterior, de la data la care acestea se implementează;

z) să recomande asiguraților substanțele și preparatele stupefiante și psihotrope în terapia durerii, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;”

55. La articolul 120, după litera f) se introduce o nouă literă, lit. g), cu următorul cuprins:

”g) medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme.”

- 56. La articolul 124, preambulul de la alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:**
“(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 119 lit. a) - c), e) - o), ș), t), v), w) și z) se aplică următoarele sancțiuni: (...)”
- 57. La articolul 125, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:**
“d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, și de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;”
- 58. La articolul 129, alineatul (1), litera m) se modifică și va avea următorul cuprins:**
“m) ordinul ministrului sănătății privind clasificarea unității sanitare, după caz.”
- 59. La articolul 129, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:**
“(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătură electronică a reprezentantului legal al furnizorului
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”
- 60. La articolul 132, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:**
“b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;”
- 61. La articolul 140, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:**
“(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătură electronică a reprezentantului legal al furnizorului.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”
- 62. La articolul 141, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:**

”g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu - factura și alte documente justificative prevăzute în norme, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura și borderourile centralizatoare se transmit numai în format electronic;

Sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat și cu datele raportate conform prevederilor lit. v);”

63. La articolul 144, alineatele (7) și (8) se abrogă.

64. La articolul 146, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(2) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studențesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expedit medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studențești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie. Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; perioadele

pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 146 alin. (7). Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studențești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Handicap, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în norme. Prin medicii/medici dentiști din cabinetele școlare și studențești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.”

65. La articolul 152, alineatul (1), literele l) și n), se modifică și vor avea următorul cuprins:

”l) actul constitutiv;

(...)

n) buletin/carta de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia.”

66. La articolul 152, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, se transmit în format electronic asumate prin semnătură electronică a reprezentantului legal al furnizorului.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum și în cel de evaluare a furnizorului și existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

ART. III

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 2015.

PRIM MINISTRU

VICTOR - VIOREL PONTA

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> <p>1. 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</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ În pachetul minimal de servicii medicale:<ul style="list-style-type: none">○ în asistența medicală primară au fost introduse serviciile de prevenire – respectiv ”consultație preventivă și evaluare clinică”.○ în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice au fost prevăzute consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și leuzei - se acordă o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină○ în asistența medicală spitalicească, în cadrul criteriilor pe baza cărora se efectuează internarea pacienților în regim de <u>spitalizare de zi</u> a fost introdus criteriul epidemiologic pentru bolnavii care necesită tratament în afecțiuni care nu necesită izolare.

▪ **În pachetul de bază:**

○ **în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice**

a fost modificată lista serviciilor de investigații paraclinice prin introducerea de servicii noi: CT buco-maxilo-facial nativ și CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast

○ **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

○ **îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu**

- a fost revizuit pachetul de servicii de bază prin excluderea unor servicii (supravegherea și îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei controlate de pacient / alimentație parenterală - alimentație artificială pe cateter venos central sau periferic)

○ **dispozitive medicale**

- a fost revizuit pachetul de servicii de bază prin:

✓ introducerea unei noi categorii de dispozitive – „Dispozitive pentru administrarea chimioterapiei” în această categorie regăsindu-se: dispozitivul pentru acces venos central - cameră implantabilă cu cateter pentru administrarea chimioterapiei pe termen mediu și lung (*pentru administrarea chimioterapiei pe termen mediu și lung asiguraților cu afecțiuni onco-hematologice*) și pompa elastomerică pentru administrare intravenoasă (*pentru administrarea chimioterapiei intravenos asiguraților cu afecțiuni onco-hematologice*)

✓ excluderea unor dispozitive medicale: 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);

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

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

A fost introdusă contribuție personală din partea asiguratului pentru unele servicii din pachetul de bază.

▪ **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.

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

▪ Asistența medicală primară

- 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 specialitate din specialitățile clinice care pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Ca și rezultat al acestei noi reglementări:

- au fost eliminate reglementările privind comisia care stabilea necesarul de medici, precum și atribuțiile acesteia.

▪ Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală

Nu mai este prevăzută stabilirea unui număr necesar de medici de specialitate reabilitare medicală care pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Ca și rezultat al acestei noi reglementări:

- au fost eliminate reglementările privind comisia care stabilea necesarul de medici, precum și atribuțiile acesteia.

▪ Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice

- Nu mai este prevăzută stabilirea unui număr necesar de investigații medicale paraclinice pe total județ

Ca și rezultat al acestei noi reglementări:

- au fost eliminate reglementările privind comisia care stabilea numărul necesar de investigații
(pentru o abordare unitară cu celelalte segmente de asistență medicală)
- 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 casa de asigurări de sănătate
	<p>4. Reducerea birocrăției</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentele necesare încheierii contractelor se transmit 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.
3. Alte informații	
<p>Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ</p>	
1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat	Nu este cazul
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Nu este cazul
3. Impactul social	
4. Impactul asupra mediului	Nu este cazul
5. Alte informații	Nu este cazul
<p>Secțiunea a 4-a Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung.</p>	
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
<p>Secțiunea a 5-a Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare.</p>	
1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:	

a) <i>acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;</i>	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) <i>acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții</i>	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. <i>Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie.</i>	Nu este cazul.
3. <i>Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare</i>	Nu este cazul.
4. <i>Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene</i>	Nu este cazul.
5. <i>Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.</i>	Nu este cazul.
6. <i>Alte informații</i>	Nu este cazul.
Secțiunea a 6-a	
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ	
1. <i>Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate</i>	
2. <i>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</i>	În conformitate cu prevederile art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.
3. <i>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.</i>	Nu este cazul.
4. <i>Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente</i>	Nu este cazul.
5. <i>Informații privind avizarea de către:</i>	Se supune avizului Consiliului Legislativ.
a) <i>Consiliul Legislativ</i>	
b) <i>Consiliul Suprem de Apărare a Țării</i>	Nu este cazul.
c) <i>Consiliul Economic și Social</i>	Nu este cazul.
d) <i>Consiliul Concurenței</i>	Nu este cazul.
e) <i>Curtea de Conturi</i>	Nu este cazul.
6. <i>Alte informații</i>	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 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.

**PREȘEDINTELE CASEI NAȚIONALE DE
ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Vasile CIURCHEA

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

Nicolae BĂNICIOIU

Avizăm favorabil:

MINISTRUL FINANȚELOR PUBLICE

Darius - Bogdan VÂLCOV

MINISTRUL JUSTIȚIEI

Robert - Marius CAZANCIUC