


HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea **Hotărârii Guvernului nr. 206/2015** privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016

Emitent **GUVERNUL ROMÂNIEI**

În temeiul [art. 108 din Constituția](#) României, republicată, Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Articolul I

[Hotărârea Guvernului nr. 206/2015](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 208 din 30 martie 2015, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează: 

1. La articolul 4, [alineatul](#) (2¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

(2¹) Includerea unităților de specialitate în programele naționale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

2. La articolul 6, după [alineatul](#) (1) se introduce un nou alineat, alineatul (1¹), cu următorul cuprins:

(1¹) Controlul derulării programelor naționale de sănătate publică se exercită de către direcțiile de sănătate publică și/sau de către structurile de control din cadrul Ministerului Sănătății, după caz.

3. La articolul 7, [alineatul](#) (7) se modifică și va avea următorul cuprins:

(7) Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3), care sunt în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz. Medicamentele în tratamentul ambulatoriu, eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii în baza actelor adiționale încheiate în acest sens.

4. La articolul 8, după alineatul (7) se [introduc patru noi alineate](#), alineatele (8)-(11), cu următorul cuprins:

(8) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim ambulatoriu/în spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitalicești furnizate în regim de spitalizare continuă într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare continuă nu poate acorda serviciile.

(9) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, asigurate bolnavilor în cadrul programului național de oncologie pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale furnizate în regim de spitalizare de zi în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare de zi nu poate acorda serviciile.

(10) Pentru situațiile prevăzute la alin. (8) și (9), serviciile asigurate sunt validate și decontate din bugetul programelor naționale de sănătate curative.

(11) Pentru situațiile prevăzute la alin. (8) și (9), dacă pacientul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ.

5. La articolul 9, literele [l\)](#), [s\)](#), [t\)](#), [u\)](#), [v\)](#) și [ac\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor

acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

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

.....
ț) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și

să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, serviciilor prin tratament Gamma Knife, serviciilor de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, după caz;

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

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

Pentru diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în norme, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizați în normele tehnice care au efectuat diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate;

v) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;

.....
 ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

6. La articolul 9, după [litera u\)](#) se introduce o nouă literă, litera u¹⁾, cu următorul cuprins:

u¹⁾ să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. u), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor [Legii nr.](#)

455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

7. La articolul 9, după litera af) se introduc două noi litere , literele ag) și ah), cu următorul cuprins:

ag) să asigure bolnavului care se află în spitalizare continuă transportul medicalizat, după caz, în vederea efectuării serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

ah) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naționale curative de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, ortopedie și boli cardiovasculare. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune.

8. La articolul 10, literele f) , g) , w) , aa) și ab) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

g) să întocmească și să transmită caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în normele tehnice, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în normele tehnice; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

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

aa) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și

să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ab) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției, potrivit prevederilor legale în vigoare;

9. La articolul 10, literele k) și u) se abrogă.

10. La articolul 10, după litera ț¹) se introduce o nouă literă, litera ț¹), cu următorul cuprins:

ț¹) să acorde medicamentele prevăzute în lista de medicamente de care beneficiază bolnavii

incluși în unele programe naționale de sănătate curative, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului și să nu încaseze contribuție personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăți;

11. La articolul 10, după [litera](#) af) se introduce o nouă literă, litera ag), cu următorul cuprins:

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

12. La articolul 11, literele [b\)](#), [m\)](#), [r\)](#), [u\)](#), [ad\)](#), [ai\)](#) și [ak\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative referitoare la actul medical și ale asiguratului referitor la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

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

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

u) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, potrivit specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

ad) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze, în vederea acordării serviciilor medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

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

Pentru diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom),

probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale paraclinice nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în norme, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale paraclinice care au efectuat diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate;

.....
ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

13. La articolul 11, [litera q](#)) se abrogă.

14. La articolul 11, după [litera ai](#)) se introduce o nouă literă, litera ai¹), cu următorul cuprins:

ai¹) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ai), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

15. La articolul 12, literele [d](#)), [e](#)), [n](#)), [y](#)), [aa](#)) și [ac](#)) se modifică și vor avea următorul cuprins:

d) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializă;

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

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

.....
n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile furnizorilor referitoare la actul medical, precum și la obligațiile pacienților referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

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

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

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

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă;

16. La articolul 12, după [litera e\)](#) se introduce o nouă literă, litera e¹⁾, cu următorul cuprins:

e¹⁾ să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. e), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

17. La articolul 13, literele [d\)](#), [e\)](#), [n\)](#), [y\)](#), [aa\)](#), [ac\)](#) și [ad\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

d) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de radioterapie;

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții

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

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de radioterapie și la obligațiile furnizorului referitoare la actul medical, precum și la obligațiile pacienților referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;

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

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

radioterapie și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de radioterapie, cu excepția celei de a doua opinii medicale, la cererea expresă a asiguratului și numai în situația în care aceasta a fost acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament inițial;

ad) să întocmească și să transmită lunar, la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

18. La articolul 13, după [litera e](#)) se introduce o nouă literă, litera e¹), cu următorul cuprins:

(e¹) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. e), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

19. La articolul 13, literele [s](#)) și [ai](#)) se abrogă.

20. La articolul 14, alineatele [\(1\)](#), [\(4\)](#), [\(5\)](#), [\(6\)](#), [\(10\)](#), [\(14\)](#), [\(17\)](#), [\(18\)](#), [\(19\)](#), [\(24\)](#) și [\(25\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

Articolul 14

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 9 lit. a)-q), s)-t), u), x)-z), ab)-af) și ah) și în contractele încheiate de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/ subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din valoarea medicamentelor/ materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/ efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea medicamentelor/ materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/ efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv.

(4) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către unitățile sanitare cu paturi a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(5) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și în cazul nerespectării obligației de la art. 10 lit. q), se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 10 lit. a)-f), h), j)-p), r)-w), ab) și ad)-ag) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste

situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

.....

(10) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. s), t) și aj) și/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

.....

(14) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii de dializă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

.....

(17) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. i), k), m), n), q) și v)-aa) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(18) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(19) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ad) și ah) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

.....

(24) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. i), k), q), m), n), x)-aa), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care sau înregistrat aceste situații.

(25) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

21. La articolul 14, după alineatul (7) se introduc **două** noi **alineate**, alineatele (7¹) și (7²), cu următorul cuprins:

(7¹) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației de la art. 10 lit. q), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

(7²) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către o farmacie/oficină locală de distribuție a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

22. La articolul 14, după **alineatul** (9) se introduce un nou alineat, alineatul (9¹), cu următorul cuprins:

(9¹) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. ak), contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

23. La articolul 14, după [alineatul](#) (11) se introduce un nou alineat, alineatul (11¹), cu următorul cuprins:

(11¹) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. ac), contravaloarea serviciilor de dializă se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

24. La articolul 14, după [alineatul](#) (19) se introduce un nou alineat, alineatul (19¹), cu următorul cuprins:

(19¹) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. ac), contravaloarea serviciilor de radioterapie se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

25. La articolul 14, alineatele [\(20\)](#), [\(21\)](#) și [\(22\)](#) se abrogă.

26. La articolul 15 alineatul (1), [litera](#) e) se modifică și va avea următorul cuprins:

e) să efectueze, prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, potrivit prevederilor normelor tehnice;

27. La articolul 16 alineatul (3), după [litera](#) m) se introduce o nouă literă, litera n), cu următorul cuprins:

n) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. ak).

28. La articolul 16 alineatul (4), după [litera](#) h) se introduce o nouă literă, litera i), cu următorul cuprins:

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. ac).

29. La articolul 16 alineatul (5), literele [g\)](#) și [h\)](#) se modifică și vor avea următorul cuprins:

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. a), b), h), p) și Ț);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea pe toată perioada contractului a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (19).

30. La articolul 16 alineatul (5), după [litera](#) h) se introduce o nouă literă, litera i), cu următorul

cuprins:

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. ac).

31. La articolul 18, [partea](#) introductivă a alineatului (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

Articolul 18

(1) Contractul de furnizare de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, servicii Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), servicii de radioterapie, respectiv servicii de dializă care se acordă în cadrul unor programe/subprograme curative, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

32. La articolul 24 alineatul (10), [litera](#) a) se modifică și va avea următorul cuprins:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară corespunzătoare DCI-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum și Fulvestrantum și medicamentele de tip imunomodulator care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A și Interferonum alfa 2B, Bortezomibum, Trastuzumabum (concentrația de 600 mg/5ml);

33. La articolul 24, [alineatul](#) (12) se abrogă.

34. [Articolul](#) 37¹ se abrogă.

35. În anexă, la litera B, [Programul](#) național de oncologie se modifică și va avea următorul cuprins:

Programul național de oncologie

Obiective:

- a)** tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- b)** monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice;
- c)** reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- d)** diagnosticul și monitorizarea leucemiilor acute la copii și adulți;
- e)** radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
- f)** diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii și adulți.

Structură:

1. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT;
3. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
4. Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți;
5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
6. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.

36. În cuprinsul hotărârii, [sintagma](#) „documentele prevăzute la [art. 212 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), cu modificările și completările ulterioare” se înlocuiește cu sintagma „documentele prevăzute la [art. 223 alin. \(1\) din Legea nr. 95/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare”.

Articolul II

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I, cu excepția prevederilor de la art. I pct. 33, care intră în vigoare la data de 1 octombrie 2016.

PRIM-MINISTRU

DACIAN JULIEN CIOLOȘ

Contrasemnează:

p. Ministrul sănătății,

Marius-Ionuț Ungureanu,

secretar de stat

Ministrul finanțelor publice,

Anca Dana Dragu

Bucureşti, 8 septembrie 2016.
Nr. 642.