

# 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,

**Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.**

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

**1. Alineatul (1) al articolului 3 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(1) Serviciile medicale, medicamentele cu și fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și între furnizori și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate și în limitele prevăzute de legislația în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.”

**2. Articolul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“Art. 10. - (1) Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, comunică termenele de depunere/transmitere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin

afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului limită de încheiere a acestora.

(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale depun/transmit cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistență."

**3. Alineatele (1) și (3) ale articolului 11 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum și a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii, pe baza facturii și documentelor justificative stabilite conform prevederilor legale în vigoare, care se depun/transmit și se înregistrează la casele de asigurări de sănătate în luna următoare celei pentru care se face raportarea activității realizate.

(...)

(3) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz."

**4. Alineatul (1) al articolului 18 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor."

**5. După alineatul (2) al articolului 18, se introduc patru noi alineate, alin. (3), (4), (5) și (6) cu următorul cuprins:**

“(3) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale depun o declarație pe proprie răspundere din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte,

convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia, de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Dispozițiile alin. (3) nu sunt aplicabile pentru situațiile prevăzute de prezenta hotărâre și normele metodologice de aplicare a acesteia, precum și pentru situațiile rezultate ca urmare a desfășurării activității specifice proprii de către furnizori.

(5) În situația în care, se constată de către autoritățile/organele abilitate, urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute la alin. (3), contractul se reziliază de plin drept.

(6) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condițiile prevăzute la alin. (5), casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționar.

**6. În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera A, punctul 1, subpct. 1.5. de la primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:**

“1.5. servicii de prevenție;”

**7. În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera A, punctul 1, subpct. 1.1.1. se modifică și va avea următorul cuprins:**

“1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, indiferent dacă persoana neasigurată se află sau nu înscrisă pe lista unui medic de familie.”

**8. În Anexa nr. 1, la capitolul I, litera A, punctul 1, subpct. 1.5. și 1.6. se modifică și vor avea următorul cuprins:**

“1.5. Serviciile de prevenție – consultație preventivă;

Condițiile acordării acestora de către medicul de familie se detaliază în norme.

1.6. Activitățile de suport – examinare pentru constatarea decesului cu sau fără eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, în condițiile stabilite prin norme;”

**9. În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.3. de la primul paragraf se modifică și va avea următorul cuprins:**

“1.3. consultații de supraveghere a evoluției sarcinii și lehozii;”

**10. În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.4. de la primul paragraf se abrogă.**

**11. În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.3. se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.3. Consultații pentru supravegherea evoluției sarcinii și leuziei, o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.”

12. **În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera B, punctul 1, subpct. 1.4. se abrogă.**

13. **În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera C, punctul 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.”

14. **În Anexa nr. 1, la Capitolul I, litera C, punctul 1, 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;”

15. **În Anexa nr. 1, la Capitolul I, în tabelul de la litera E, codurile 6 și 7 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”

Cod	Acte terapeutice
6.	Tratamentul paradontitelor apicale cu anestezie
7.	Tratamentul afecțiunilor parodonțiului cu anestezie

”

16. **În Anexa nr. 1, la Capitolul I, punctele 1 și 2 sub tabelul de la litera E se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentiști, cu excepția celor de la cod 22.

2. Dentiștii acordă numai serviciul prevăzut la cod 4.”

17. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, după subpct. 1.5. de la primul paragraf se introduce un nou subpct., subpct. 1.6. cu următorul cuprins:**

„1.6. servicii de administrare de medicamente”

18. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, partea introductivă 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, se vor realiza pe bază de programare pentru: (...)”

19. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.1.4 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.1.4. Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boală cronică respiratorie obstructivă și boală cronică de rinichi.”

**20. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.1.4.1. se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a) evaluarea inițială a cazului nou-depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include 3 consultații la medicul de familie - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului - recomandare pentru investigații paraclinice și bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;

b) monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultații programate, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament.”

**21. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.2.5.1 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.2.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) și b) și se acordă maxim două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.”

**22. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.3 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu.

Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase și lehezelor.

Sunt considerate consultații la domiciliu inclusiv consultația/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.”

**23. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.3.2. se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.3.2. Consultațiile acordate la domiciliul asiguraților - maximum 42 de consultații pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise, dar nu mai mult de 3 consultații pe zi.”

**24. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.4.1, după litera b) se introduce o literă nouă, litera c) cu următorul cuprins:**

“c) spirometrie”

**25. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, subpct. 1.5 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1.5 Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, adevărințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în

colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare, precum și eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului.”

26. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1, după subpct. 1.5.1 se introduce un nou subpct., subpct. 1.6. cu următorul cuprins:**

”1.6. Serviciile de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.”

27. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1.5 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”1.5. Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

- a) consilierea femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc;
- c) evaluarea și monitorizarea statusului genito-mamar;
- d) tratamentul complicațiilor.

1.5.1. Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a), b), c și d) și se acordă patru consultații pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5.3. Condițiile acordării se stabilesc prin norme.”

28. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, după subpct. 1.7. de la primul paragraf se introduce un nou subpct., subpct. 1.8 cu următorul cuprins:**

”1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și lehoziei”

29. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.1.1. se completează și va avea următorul cuprins:**

”1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, cu excepția copiilor 0-18 ani pentru care se acordă maxim 2 consultații.”

30. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, după a 8-a liniuță de la subpct. 1.2. se introduce o liniuță nouă cu următorul cuprins:**

“- bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, după caz;”

31. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 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.”

32. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.3.1., 1.3.2 și 1.3.3. se modifică și vor avea următorul cuprins:

"1.3.1. Pentru evaluarea clinică și paraclinică, prescrierea tratamentului și urmărirea evoluției asiguraților cu afecțiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiași specialități, se acordă pe un bilet de trimitere maxim 4 consultatii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultații pe lună.

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.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua, a treia și a patra consultație în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere."

33. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.3.4.2. se modifică și va avea următorul cuprins:

"1.3.4.2. Pentru situațiile de la 1.3.4 nu este necesar bilet de trimitere."

34. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera A din tabelul de la subpct. 1.6.2, după numărul curent 19 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 20 cu următorul cuprins:

"

20	Recoltare material bioptic
----	----------------------------

"

35. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera B din tabelul de la subpct. 1.6.2, numerele curente 5 și 9 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"

5	audiogramă*) *) include audiometrie tonală liminară și/sau vocală
---	--

(...)

9	tensiune arterială continuă - holter TA
---	---

"

36. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera C din tabelul de la subpct. 1.6.2, numărul curent 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"

1	examen electroneuromiografic cu ac
---	------------------------------------

"

37. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera D din tabelul de la subpct. 1.6.2, după numărul curent 33 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 34 cu următorul cuprins:

"

34	tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervențiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză
----	---

"

38. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, la litera E din tabelul de la subpct. 1.6.2, numărul curent 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

“

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

”

39. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, după litera J din tabelul de la subpct. 1.6.2, se introduce o literă nouă, lit. K cu următorul cuprins:

“

K. Terapii de genetică medicală	
1	Sfat genetic

”

40. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7, a 5-a liniuță se modifică și va avea următorul cuprins:

“- ortopedie și traumatologie și ortopedie pediatrică;”

41. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera a), după subpct. a1.2) se introduce un nou subpct., subpct. a1.3) cu următorul cuprins:

“a1.3) psihoterapie pentru copii/adult”

42. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera a), subpct. a2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped:  
- consiliere/intervenție de psihopedagogie specială – logoped”

43. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera b), subpct. b1.1) și b1.2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

“b1.1) evaluare psihologică clinică și psihodiagnostic  
b1.2) consiliere psihologică clinică”

44. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera b), subpct. b2) se modifică și va avea următorul cuprins:

“b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:  
b2.1) consiliere/intervenție de psihopedagogie specială - logoped;  
b2.2) exerciții pentru tulburări de vorbire - ședință.”

45. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera c), subpct. c1.3) se modifică și va avea următorul cuprins:

“c1.3.) consiliere psihologică clinică pentru copii diagnosticați cu tulburări din spectrul autist, numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist;”

46. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., litera c), se introduce un nou subpct., subpct. c3) cu următorul cuprins:

“c3) servicii furnizate de kinetoterapeut, numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică, pentru copilul diagnosticat cu tulburări din spectrul autist:



- c3.1.) kinetoterapie individuală
- c3.2.) kinetoterapie de grup
- c3.3.) kinetoterapie pe aparate speciale:
  - dispozitive mecanice
  - dispozitive electromecanice
  - dispozitive robotizate"

47. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, subpct. 1.7.1., partea introductivă de la litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:**

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

48. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera B, punctul 1, după subpct. 1.7.3. se introduc două subpct. noi, subpct. 1.8 și 1.8.1. cu următorul cuprins:**

"1.8. Servicii de supraveghere a sarcinii și lehozului - o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

1.8.1. Condițiile acordării se stabilesc prin norme."

49. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera C, punctul 1, subpct. 1.3.1. și 1.3.3 se modifică și vor 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.

(...)

1.3.3. Seria de proceduri specifice de reabilitare medicală stabilită de medicul de specialitate, reabilitare medicală include maximum 4 proceduri/zi de tratament. Pentru o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală ce se desfășoară în bazele de tratament din stațiunile balneoclimatice se decontează maximum 4 proceduri/zi, din care două proceduri specifice de reabilitare medicală cu factori terapeutici naturali."

50. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera D, codurile 1, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16 și 17, se modifică și vor avea următorul cuprins:**

"

Cod	Acte terapeutice
1. *)	Consultație - include modelul de studiu, după caz, controlul oncologic și igienizarea.
	*) Se acordă o singură consultație la un interval de 12 luni pentru un asigurat.

(...)

3.	Tratamentul afecțiunilor pulpare cu anestezie
----	---

(...)

6.	Tratamentul paradontitelor apicale - prin incizie - cu anestezie
7.	Tratamentul afecțiunilor paradonțiului cu anestezie

8.	Extracția dinților temporari cu anestezie
9.	Extracția dinților permanenți cu anestezie
(...)	
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă
	***) Se acordă o dată la 5 ani.
(...)	
15.	Element acrilic
16.	Element metalo-acrilic
17.	Reconstituire coroană radiculară

”

51. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, numerele curente 13 și 37 se abrogă.

52. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, numerele curente 77, 78 și 91 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

77	2.50120_1	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
78	2.5100	Examen coproparazitologic

(...)

91	2.50120_2	Examen fungic din colecție purulentă - Examen microscopic nativ și colorat, cultură și identificare fungică
----	-----------	---

”

53. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, la secțiunea “Examinări histopatologice și citologice”, numerele curente 94 - 103 se abrogă.

54. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 1, la secțiunea “Examinări histopatologice și citologice”, se introduc 8 noi numere curente, nr. crt. 104 - 111 cu următorul cuprins:

”

104	2.9021_1	Examen histopatologic procedura completa HE - 1-3 blocuri
105	2.9021_2	Examen histopatologic procedura completa HE - 4-6 blocuri
106	2.9010_1	Examen histopatologic procedura completa HE si coloratii speciale - 1-3 blocuri
107	2.9010_2	Examen histopatologic procedura completa HE* si coloratii speciale - 4-6 blocuri
108	2.9030	Teste imunohistochimice
109	2.9022	Citodiagnostic sputa prin incluzii la parafina - 1-3 blocuri
110	2.9160	Examen citologic cervico-vaginal Babes-Papanicolau
111	2.9025	Citodiagnostic lichid de punctie

”

55. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, numerele curente 4, 31 și 69 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”

4	Radiografie de membre: a) Braț b) Cot c) Antebraț d) Pumn e) Mână f) Șold g) Coapsă h) Genunchi i) Gambă j) Glezna k) Picior l) Calcaneu
---	--

(...)

31	Ecografie transvaginală/transrectală
----	--------------------------------------

(...)

69	RMN gât nativ
----	---------------

”

56. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 4 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 4<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

”

4 <sup>1</sup>	Examen radiologic articulației sacro-iliace
----------------	---

”

57. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 5 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 5<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

”

5 <sup>1</sup>	Examen radiologic coloană vertebrală /segment
----------------	---

”

58. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, numărele curente 6, 7, 8 și 9 se abrogă.

59. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 44 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 44<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

”

44 <sup>1</sup>	CT buco-maxilo-facial nativ
-----------------	-----------------------------

”

60. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 50 se introduc două noi numere curente, nr. crt. 50<sup>1</sup> și 50<sup>2</sup> cu următorul cuprins:

”

50 <sup>1</sup>	CT mastoidă
50 <sup>2</sup>	CT sinusuri

”

61. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 51 se introduc două noi numere curente, nr. crt. 51<sup>1</sup>, 51<sup>2</sup> cu următorul cuprins:

”

51 <sup>1</sup>	CT hipofiză cu substanță de contrast
52 <sup>2</sup>	CT buco-maxilo-facial nativ și cu substanță de contrast

”

62. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 67 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 67<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

”

67 <sup>1</sup>	RMN sinusuri
-----------------	--------------

”

63. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 84 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 84<sup>1</sup> cu următorul cuprins:

”

84 <sup>1</sup>	RMN hipofiză cu substanță de contrast
-----------------	---------------------------------------

”

64. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera E, în tabelul de la punctul 2, după numărul curent 89 se introduc două noi numere curente, nr. crt. 89<sup>1</sup>, 89<sup>2</sup> cu următorul cuprins:

”

89 <sup>1</sup>	RMN abdominal cu substanță de contrast și colangio RMN
89 <sup>2</sup>	Colangio RMN

”

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

”1. Serviciile spitalicești sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare, de reabilitare medicală, paliative și cuprind: consultații medicale de specialitate, investigații, tratamente medicale și/sau chirurgicale, îngrijire, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă, după caz, funcție de tipul de spitalizare.”

66. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera F, punctul 3, literele c) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:

c) boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;

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”

67. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera F, la punctul 11 a patra liniuță se modifică și va avea următorul cuprins:

”- medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz;”

68. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera 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 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
- rezolvare a cazurilor 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

- 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”

**69. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera G, punctul 2, supct. 2.6. se modifică și va avea următorul cuprins:**

”2.6. transportul asiguraților nedeplasabili cu tetrapareze sau insuficiență motorie a trenului inferior, la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unitățile sanitare de reabilitare medicală și recuperare.”

**70. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, numerele curente 4, 8, 13, 18, 21 și 33 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”

4.	Sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare și administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală***)
	***) la bărbați se efectuează de către medicul care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri medicale paliative

(...)

8.	Alimentarea pasivă, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiție, inclusiv instruirea asiguratului/apartinătorului
----	--

(...)

13.	Îngrijirea plăgilor simple și/sau suprainfectate / suprimarea firelor
-----	---

(...)

18.	Îngrijirea tubului de dren și instruirea asiguratului
-----	---

(...)

21.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei**)
	***) Este inclus și mijlocul ajutător pentru absorbția urinei, minimum două mijloace ajutătoare pentru absorbția urinei/zi.

(...)

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

”

**71. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, numerele curente 6, 14, 22 și 28 se abrogă.**

72. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, după numărul curent 34 se introduce un nou număr curent, nr. crt. 35 cu următorul cuprins:

“

35	Kinetoterapie individuală
----	---------------------------

”

73. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 3, numerele curente 2 și 5 se modifică și vor avea următorul cuprins:

“

2	Sac colector de urină***)		1 set*)/lună - 6 bucăți -
---	---------------------------	--	------------------------------

(...)

5	Banda pentru incontinență urinară****)		
---	--	--	--

”

74. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., sub tabelul de la punctul 3, după nota de la “\*\*\*) se introduc două teze noi cu următorul cuprins:

“ \*\*\*) Pentru asigurații cu urostomie cutanată dublă și nefrostomie bilaterală, la recomandarea medicilor de specialitate se pot acorda 2 seturi/lună de saci colectori de urină.

\*\*\*\*) Se acordă o singură dată în viață”

75. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 4, la numărul curent 5, după litera f) se introduce o literă nouă, lit. g) cu următorul cuprins:

“

		g) modulară cu manșon de silicon	4 ani
--	--	----------------------------------	-------

”

76. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., sub tabelul de la punctul 4, după nota de la pct. 4.3 se introduce un nou punct, pct. 4.4. cu următorul cuprins:

“4.4 Proteza de coapsă modulară cu manșon de silicon se acordă pentru amputație ca urmare a complicațiilor diabetului zaharat și ca urmare a afecțiunilor neoplazice la nivelul membrului inferior, în condițiile stabilite prin norme.”

77. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 6.3, la numărul curent 4, literele a) și b) se abrogă.

78. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 6.3, la numărul curent 9, litera d) se abrogă.

79. În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., punctul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

“10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli

Nr crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termen de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen*)		2 luni

2.	Nebulizator **)	Nebulizator cu compresor**)	5 ani
----	-----------------	-----------------------------------	-------

\*) Se acordă copiilor cu vârsta până la 5 ani cu bronșită astmatiformă și astm bronșic, în condițiile prevăzute în norme

\*\*) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani, în condițiile prevăzute în norme.”

80. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., în tabelul de la punctul 11, la numărul curent 5, sintagma "perioadă determinată" din coloana c3 se modifică și va avea următorul cuprins:**  
"perioadă determinată \*)"

81. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., înainte de nota de sub tabelul de la punctul 11, se introduce o nouă teză cu următorul cuprins:**  
„\*) se acordă prin închiriere”

82. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, la litera K., punctul 13 se abrogă.**

83. **În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 2 se modifică și vor avea următorul cuprins:**  
“(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.  
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”

84. **În Anexa nr. 2, la articolul 3, literele l), z), af) și an) se modifică și vor avea următorul cuprins:**  
“l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data de la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;  
(...)  
z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;  
(...)



af) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situația în care nu se respectă această obligație, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cardului național de asigurări sociale de sănătate și a cererii de înscriere prin transfer, conform modelului și condițiilor prevăzute în norme. Pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul sau care din motive religioase sau de conștiință refuză cardul național sau pentru persoanele cărora li se va emite card național duplicat, precum și pentru copii 0-18 ani schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer.

Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situații: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris;

(...)

an) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

**85. În Anexa nr. 2, la articolul 3, după litera ap) se introduce o nouă literă, lit. aq) cu următorul cuprins:**

”aq) 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

**86. În Anexa nr. 2, alineatul (5) al articolului 6, se modifică și va avea următorul cuprins:**

”(5) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor

cardiovasculare confirmate si/sau spirometrie - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile stabilite prin norme. În situația în care nu este respectată condiția de efectuare a EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate, contravaloarea serviciilor decontate se recuperează de către casele de asigurări de sănătate”

**87. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) și alineatul (5) ale articolului 17 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract și nerespectarea prevederilor art. 11 alin. (2), se aplică următoarele sancțiuni: (...).

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

**88. În Anexa nr. 2, alineatul (1) al articolului 22, 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, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.”

**89. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 23, se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

**90. În Anexa nr. 2, la articolul 24, literele f), l), s), aa), ah) și aj) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

” f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în

vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu; pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgență, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens;

(...)

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate din specialitățile clinice, iar prescripția se eliberează în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;

(...)

s) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

(...)

aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

ah) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, **cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele** cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

aj) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și

preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.”

**91. În Anexa nr. 2, la articolul 24, litera ak) se abrogă.**

**92. În Anexa nr. 2, la articolul 24, după litera al) se introduce o nouă literă, lit. am) cu următorul cuprins:**

”am) 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

**93. În Anexa nr. 2, alineatul (3) al articolului 27, se completează 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 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăși 17,5 ore/săptămână.

În sensul prezentei hotărâri prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital, se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

**94. În Anexa nr. 2, la articolul 32, alineatul (2), litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„d) medicii care acordă asistență medicală din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, numai pentru persoanele instituționalizate și numai în condițiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

**95. În Anexa nr. 2, alineatul (3) al articolului 32 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(3) Fac excepție de la prevederile alin. (2) urgențele și afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, prevăzute în norme și serviciile de planificare familială. Pentru afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice și pentru serviciile de planificare familială, medicii de specialitate au obligația de a verifica calitatea de asigurat.”

**96. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (2) al articolul 35 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 24 lit. a) - c), e) - h), j) - u), v), x), z), ac) - ae) și ag), precum și prescrieri de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului și/sau recomandări de investigații paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescriere de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

**97. În Anexa nr. 2, alineatele (3), (4) și (5) ale articolului 35, se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 24 lit. ab) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialitățile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situații sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 24 lit. aj), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 10% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 20% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 24 lit. aj) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

98. **În Anexa nr. 2, la articolul 36, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:**  
„j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 35 alin. (1), (2) și (4), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 35 alin. (3).”
99. **În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 41, se modifică și vor avea următorul cuprins:**  
“(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.  
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”
100. **În Anexa nr. 2, la articolul 42, literele l), r), z), af), ah) și ai) se modifică și vor avea următorul cuprins:**  
“l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.  
În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru afecțiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripția eliberându-se în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;  
(...)  
r) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;  
(...)  
z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

af) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ai) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

**101. În Anexa nr. 2, la articolul 42, după litera ak) se introduc două noi litere, lit. al) și am) cu următorul cuprins:**

„al) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme;

am) 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 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

**102. În Anexa nr. 2, la articolul 43, după litera f) se introduce o nouă literă, lit. g) cu următorul cuprins:**

”g) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, în condițiile stabilite prin norme.”

**103. În Anexa nr. 2, alineatul (3) al articolului 45, se completează 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 art. 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.

În sensul prezentei hotărâri prin medicii de specialitate clinică - reabilitare medicală, cu integrare clinică într-un spital, se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.”

**104. În Anexa nr. 2, după articolul 51 se introduce un nou articol, art. 51<sup>1</sup> cu următorul cuprins:**

”Art. 51<sup>1</sup> (1) Furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de reabilitare medicală – serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 213<sup>1</sup> din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.”

**105. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (2) al articolului 52 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 42 lit. a) - c), e) - h), j) - u), w), y), ab) - ae), precum și prescrieri de medicamente cu sau fără contribuție personală din partea asiguratului și de unele materiale sanitare și/sau recomandări de investigații paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătății, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum și neeliberarea prescripției medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

**106. În Anexa nr. 2, alineatele (3), (4) și (5) ale articolului 52 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 42 lit. aa) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se



diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 42 lit. ah), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 42 lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

**107. În Anexa nr. 2, la articolul 53, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 52 alin. (1), (2) și (4), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 52 alin. (3).

**108. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 58 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

**109. În Anexa nr. 2, la articolul 59, literele l), q), x), z), ab) și ad) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(...)

q) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

(...)

x) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

z) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

(...)

ad) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situație prin serviciul on-line pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.”

**110. În Anexa nr. 2, la articolul 59, litera ac) se abrogă.**

**111. În Anexa nr. 2, la articolul 59, după litera ad) se introduce o nouă literă, lit. ae) cu următorul cuprins:**

”ae) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguratorilor 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 asiguratorilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

**112. În Anexa nr. 2, alineatele (4) și (5) ale articolului 67 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

“(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 59 lit. ab), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 59 lit. ab) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

**113. În Anexa nr. 2, la articolul 68, litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 67 alin.(1), (2) și (4), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 67 alin. (3);

**114. În Anexa 2, alineatele (10), (11) și (12) ale articolului 72 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

“(10) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, cu excepția laboratoarelor de anatomie patologică/laboratoarelor de anatomie patologică organizate ca puncte de lucru din structura sa pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore/zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală își stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/laborator de radiologie-imagistică medicală organizat ca punct de lucru din structura sa. În situația în care în structura unui laborator de analize medicale este organizat și avizat un compartiment de citologie, furnizorul trebuie să facă dovada că în cadrul acestuia își desfășoară activitatea medic/medici de anatomie patologică într-o formă legală de exercitare a profesiei.

(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.

În sensul prezentei hotărâri prin medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital se înțelege personalul didactic din învățământul superior medical care are integrare clinică în secțiile clinice/ambulatoriul de specialitate al unității sanitare cu paturi.

(12) Medicii de specialitate din specialitățile paraclinice pot desfășura activitate în laboratoarele de investigații medicale paraclinice ale spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu și în laboratoarele organizate în cadrul centrului de sănătate

multifuncțional fără personalitate juridică din structura aceleiași spital, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat cu casa de asigurări de sănătate.”

**115. În Anexa nr. 2, la articolul 73, după litera t) de la alineatul (1) se introduc trei noi litere, lit. Ț), u) și v) cu următorul cuprins:**

„Ț) autorizația sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;

u) autorizația pentru activitatea de transport a probelor biologice recoltate în punctele externe de recoltare;

v) documentele privind deținerea mijloacelor de transport auto individualizate și care sunt utilizate numai pentru activitatea prevăzută la lit. u).”

**116. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 73, se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

**117. În Anexa nr. 2, la articolul 74, literele ș), ab) și ai) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„ș) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și acte administrative necesare investigației;

(...)

ab) să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitatea anatomie patologică, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă/zi (6 ore).”

(...)

ai) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/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

căroră li se va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele căroră nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

**118. În Anexa nr. 2, la la articolul 74, după litera ak) se introduc trei noi litere, lit. al), am) și an), cu următorul cuprins:**

„al) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

am) 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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 căroră li se va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele căroră nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

an) să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dovada efectuării controlului de calitate intern, pe nivele normale și patologice pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept.”

**119. În Anexa nr. 2, alineatul (2) al articolului 77 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(2) Suma cuvenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile contractării și condițiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar, conform normelor. Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează servicii medicale paraclinice, la tarifele negociate care nu pot fi mai mari decât cele prevăzute în norme sau la tarifele prevăzute în norme, după caz, în condițiile stabilite prin norme.”

**120. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (2) al articolului 80 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 74 lit. a) - c), e) - g), i) - r), t), ț), u), w), x), y), ag), ah), aj) și al) se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

**121. În Anexa nr. 2, alineatul (3) al articolului 80 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 74 lit. v) și/sau serviciile raportate conform 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.”

**122. În Anexa nr. 2, la articolul 83, alineatul (1), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

”a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a) - c), q) și r) și nerespectarea obligației prevăzute la art. 74 lit. s), cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestuia;”

**123. În Anexa nr. 2, articolul 85 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”Art. 85 - 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.”

**124. În Anexa nr. 2, la articolul 86, alineatul (1), litera o) se abrogă.**

**125. În Anexa nr. 2, la articolul 86, alineatul (1), literele p) și q) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”p) copie a ordinului 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;”

**126. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 86 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

**127. În Anexa nr. 2, alineatul (3) al articolului 87 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 către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări

de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.”

**128. În Anexa nr. 2, alineatul (1) al articolului 88 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.”

**129. În Anexa nr. 2, alineatele (1) și (2) ale articolului 89 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

“(1) Serviciile medicale spitalicești se acordă asiguraților pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unitățile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unitățile de asistență medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și de medicii de medicina muncii. Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu unitățile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unități fără personalitate juridică, precum și cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoașterii biletelor de internare eliberate de către medicii care își desfășoară activitatea în aceste unități.

(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.”

**130. În Anexa nr. 2, la articolul 90, alineatul (2), literele c) și d) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„c) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, finanțată din fondul alocat pentru programele naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabilește prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

**131. În Anexa nr. 2, alineatele (3) și (4) ale articolului 90, 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.”

**132. În Anexa nr. 2, alineatul (5) al articolului 90 se abrogă.**

**133. În Anexa nr. 2, la articolul 91, alineatul (2), litera a) 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, în condițiile prevăzute în norme;”

**134. În Anexa nr. 2, la articolul 92, alineatul (1), literele f), l), r), am), ao), se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”f) 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006,



cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

(...)

l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(...)

r) să verifice calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

(...)

am) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.”

**135. În Anexa nr. 2, la articolul 92, alineatul (1), literele ap) și aq) se abrogă.**

**136. În Anexa nr. 2, la articolul 93, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:**

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

**137. În Anexa nr. 2, la articolul 95, alineatul (2), literele a) și b) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„a) sume aferente Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) sume pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

**138. În Anexa nr. 2, la articolul 96, alineatul (1), literele a), b), c), d), e), f) 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 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.

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);

c) suma aferentă Programelor naționale cu scop curativ pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin program pentru medicamente și materiale sanitare specifice;

d) suma pentru serviciile de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor și al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților, acordate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică din cadrul Programelor naționale cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractate cu această destinație;

e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, boli infecțioase și în cabinetele de planificare familială în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, efectuate în regim ambulatoriu, precum și în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului și cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, se decontează în condițiile specifice ambulatoriului de specialitate;

f) suma pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, se decontează în condițiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialități paraclinice, în limita sumei contractate;

g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, se face în funcție de numărul de cazuri/servicii, 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."

**139. În Anexa nr. 2, alineatele (3) și (4) ale articolului 96 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

"(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 10 % din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10 % din tariful pe zi de spitalizare, în condițiile stabilite prin norme.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în același tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează - la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul - în procent de 10 % din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 10 % din tariful pe zi de spitalizare, în condițiile stabilite prin norme."

**140. În Anexa nr. 2, partea introductivă a articolului 97 se modifică și va avea următorul cuprins:**

"Art. 97 - Spitalele au obligația să asigure din sumele obținute potrivit prevederilor art. 96, cu excepția sumelor pentru medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și servicii de tratament și/sau diagnostic, acoperite prin Programele naționale cu scop curativ și pentru servicii de hemodializă și dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru: (...)."

**141. În Anexa nr. 2, alineatul (1) al articolului 98 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(1) Spitalele sunt obligate să suporte din 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 cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și 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 pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.”

**142. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) al articolului 102 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. a) - ae), ag) - al), ar) - aș) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează: (...)”

**143. În Anexa nr. 2, la articolul 102, alineatul (2), litera b) 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).”

**144. În Anexa nr. 2, 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.”

**145. În Anexa nr. 2, alineatele (3) și (4) ale articolului 102 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 92 lit. a), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligației de la art. 92 lit. a) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

**146. În Anexa nr. 2, la articolul 105, alineatul (1), după litera c) se introduce o nouă literă, lit. d) cu următorul cuprins:**

„d) să implementeze sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentului act normativ.”

- 147. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 106 se modifică și vor avea următorul cuprins:**  
„(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.  
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”
- 148. În Anexa nr. 2, la articolul 107, alineatul (1), literele i) și t) se modifică și vor avea următorul cuprins:**  
„i) să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită, prin dispeceratul unic 112, în limita mijloacelor disponibile;  
(...)  
t) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens.”
- 149. În Anexa nr. 2, la articolul 116, după litera h) se introduce o nouă literă, lit. i) cu următorul cuprins:**  
”i) dacă furnizorul nu îndeplinește condiția prevăzută la art. 105 alin. (1) lit. d).”
- 150. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 118 se modifică și vor avea următorul cuprins:**  
”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.  
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu vor mai fi depuse/transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.”
- 151. În Anexa nr. 2, la articolul 119, literele d), q), v) și w) se modifică și vor 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;  
(...)

q) să nu încaseze sume pentru serviciile de îngrijiri furnizate, prevăzute în pachetul de servicii și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale și pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens, servicii de îngrijiri prevăzute în recomandare;

(...)

v) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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.”

**152. În Anexa nr. 2, la articolul 119, după litera w) se introduc cinci noi litere, lit. x), y), z), aa) și ab) cu următorul cuprins:**

„x) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise pentru substanțe și preparate stupefiante și psihotrope în terapia durerii, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

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;

aa) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ab) 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 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line, se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

**153. În Anexa nr. 2, 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.”

**154. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) al articolului 124 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), z) și aa) se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

**155. În Anexa nr. 2, după alineatul (2) al articolului 124 se introduc două noi alineate, alin. (2<sup>1</sup>) și (2<sup>2</sup>) cu următorul cuprins:**

„(2<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 119 lit. x), la prima constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații; la a doua constatare se diminuează cu 20% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

(2<sup>2</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2<sup>1</sup>), nerespectarea obligației de la art. 119 lit. x) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

**156. În Anexa nr. 2, alineatele (3), (4) și (5) ale articolului 124 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(3) Reținerea sumelor potrivit alin. (1), (2) și (2<sup>1</sup>) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) și (2<sup>1</sup>) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2) și (2<sup>1</sup>) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.”

**157. În Anexa nr. 2, la articolul 125, literele d) și g) se modifică și vor 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;”

(...)

g) odată cu prima constatare după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 124 alin. (1), (2) și (2<sup>1</sup>), pentru fiecare situație;”

**158. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolul 129 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

**159. În Anexa nr. 2, la articolul 130, literele k), y), ab), ad) și ae) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”k) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(...)

y) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;

(...)

ab) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

(...)

ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și



preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

ae) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.”

**160. În Anexa nr. 2, la articolul 130, după litera ae) se introduce o nouă literă, lit. af) cu următorul cuprins:**

”af) 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 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.”

**161. În Anexa nr. 2, 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, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;”

**162. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) al articolului 135 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 130 lit. a) - u), w) - ac) și ae) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează: (...).”

**163. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 135 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 130 lit. ad), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 20% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.

(3) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligației de la art. 130 lit. ad) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare

medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”

**164. În Anexa nr. 2, alineatul (3) al articolului 138 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(3) Contractele se încheie de reprezentantul legal al societății farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societății respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care în cadrul aceleiași societăți farmaceutice funcționează mai multe farmacii, situate în județe diferite, reprezentantul legal al societății încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. În situația în care o societate farmaceutică are deschise oficine locale de distribuție, înființate conform prevederilor legale în vigoare, în alte județe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuție, în condițiile stabilite prin norme. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 furnizori aflați în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.”

**165. În Anexa nr. 2, alineatul (5) al articolului 138 ~~prima teză a alineatului (5)~~ se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(5) În cazul unei farmacii aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă deținătorul autorizației de funcționare, iar noul deținător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia și depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiția ca aceasta să își desfășoare activitatea la același sediu și în aceleași condiții avute în vedere la contractare. Noul deținător al autorizației de funcționare are obligația de a depune în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizației de funcționare de către Ministerul Sănătății toate documentele necesare continuării relației contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligații conduce la excluderea farmaciei din contractul noului deținător al autorizației de funcționare cu casa de asigurări de sănătate. ”

**166. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) al articolului 140 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanții legali ai societăților farmaceutice pentru farmaciile autorizate și evaluate pe care aceștia le reprezintă, precum și cu cei ai farmaciilor care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de

specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, pe baza următoarelor documente: (...)”

**167. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) ale articolului 140 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

**168. În Anexa nr. 2, la articolul 141, literele c), d), e), g), w) și ac) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative , cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achizionate și evidenciate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

d) să verifice prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

(...)

g) să întocmească și să prezinte/transmită caselor de asigurări de sănătate documentele necesare, în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite prin norme. 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);

(...)

w) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei;

(...)

ac) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuție personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuție decât cele prevăzute în contract.”

**169. În Anexa nr. 2, la articolul 141, după litera ac) se introduc trei noi litere, lit. ad), ae) și af) cu următorul cuprins:**

„ad) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor 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 din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

af) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.”

**170. În Anexa nr. 2, la articolul 143, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:**

”c) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora;”

**171. În Anexa nr. 2, alineatele (7), (8), (9) și (10) ale articolului 144 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(7) Pentru DCI-urile incluse necondiționat în lista prevăzută la art. 139, în lista prevăzută la alin. (5) se includ denumirile comerciale corespunzătoare DCI-urilor menționate în decizia emisă de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale, precum și denumirile comerciale aferente aceleiași substanțe active, concentrații și cale de administrare, al căror preț de vânzare cu amănuntul pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de vânzare cu

amănuntul pe unitatea terapeutică aferent denumirilor comerciale corespunzătoare DCI-urilor menționate în decizia Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale.

(8) Pentru DCI-urile incluse condiționat în lista prevăzută la art. 139, în lista prevăzută la alin. (5) se includ denumirile comerciale prevăzute în contractele cost-volum/cost-volum rezultat, încheiate între deținătorii de autorizații de punere pe piață/reprezentanții legali ai acestora și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și după caz, și Ministerului Sănătății.

(9) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2014 și 2015 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(10) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (9) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacia și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic."

**172. În Anexa nr. 2, alineatele (5) și (7) al articolul 145 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

"(5) Pe același formular de prescripție se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepția medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a medicamentelor corespunzătoare DCI – urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost volum-rezultat, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(...)

(7) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală."

**173. În Anexa nr. 2, alineatul (2) al articolului 146 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 studentesc 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 expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești 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 Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare; perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 145 alin. (7). Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, 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 medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.”

**174. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) al articolului 147 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(1) 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, se aplică următoarele sancțiuni: (...)”

**175. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (2) al articolului 147 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, a obligațiilor prevăzute la art. 141 lit. a) - f), h), j) - x), z) - ab) și ae) se aplică următoarele sancțiuni: (...).”

**176. În Anexa nr. 2, la articolul 148, alineatul (1), litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:**

”f) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății se aplică măsurile prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/aceeași officină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

**177. În Anexa nr. 2, alineatul (2) al articolului 148 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 148 alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 141 lit. f), g), r), ț), v) și ac) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.”

**178. În Anexa nr. 2, alineatul (2) al articolului 149 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”(2) Prevederile referitoare la condițiile de suspendare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.”

**179. În Anexa nr. 2, alineatul (2) al articolului 150 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(2) Prevederile referitoare la condițiile de încetare se aplică societății farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.”

**180. În Anexa nr. 2, alineatele (2) și (3) al articolul 152 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

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

**181. În Anexa nr. 2, la articolul 153, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:**

”h) să întocmească și să depună la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoțite de documentele necesare în vederea decontării dispozitivelor medicale în ambulatoriu, conform și în condițiile stabilite prin norme. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se

decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care își desfășoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care își desfășoară activitatea medicul prescriptor; ”

**182. În Anexa nr. 2, la articolul 153, după litera q) se introduc trei noi litere, literele r), s) și ș) cu următorul cuprins:**

”r) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării dispozitivelor medicale, cu excepția situațiilor prevăzute în norme; dispozitivele medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

s) să anunțe în termen de 5 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract, recuperarea de la asigurat a dispozitivului medical după perioada de închiriere la termen/înainte de termen;

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

Dispozitivele medicale eliberate off-line, se transmit în platforma informatică a asigurarilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea. Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate 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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale.”

**183. În Anexa nr. 2, partea introductivă a alineatului (1) al articolului 160 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 153 lit. a) - e), g) - m), o) - q) și s) se aplică următoarele măsuri: (...)”

**184. În Anexa nr. 2, după articolul 172 se introduce un nou articol, art. 172<sup>1</sup> cu următorul cuprins:**

„ART. 172<sup>1</sup> (1) Prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face în condițiile prevăzute în norme.

(2) Este interzisă reținerea la nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a cardurilor naționale de asigurări sociale de sănătate activate.



(3) În situația nerespectării prevederilor de la alin. (2), se anunță organele abilitate potrivit legii.”

**185. În Anexa nr. 2, articolul 179 se abrogă.**

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

**PRIM MINISTRU**

**VICTOR - VIOREL PONTA**