

## NOTĂ DE FUNDAMENTARE

### Secțiunea 1

#### Titlul proiectului de act normativ

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

### Secțiunea a 2-a

#### Motivul emiterii actului normativ:

- Modificarea și completarea Hotărârii 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;
- Modificarea și completarea Ordonanței de urgență nr. 77/2011 *privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății*, care permit în anul 2015, începând cu data intrării în vigoare a O.U.G. 12/2015 încheierea de contracte cost-volum / cost-volum-rezultat;
- Regulamentul (CE) nr. 883/2004 Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială

#### 1. Descrierea situației actuale

Condițiile derulării programelor naționale de sănătate sunt stabilite prin Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 și Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz. Fată de domeniul care urmează a fi reglementat prin prezenta hotărâre, în prezent:

1. listele unităților de specialitate care implementează programele naționale de sănătate publică sau curative sunt aprobate prin norme tehnice.

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive

	<p>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.</p> <p>3. furnizorii trebuie să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor.</p> <p>4. furnizorii de medicamente și de servicii medicale paraclinice trebuie să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare specifice eliberate, precum și la investigațiile realizate și cantitatea de reactivi achiziționați. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați potrivit facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează potrivit legii instituțiile abilitate în acest sens;</p> <p>5. sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor de către furnizori se aplica la valoarea de contract;</p>
<p>2. Schimbări preconizate</p>	<p><b>Având în vedere:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificarea și completarea Hotărârii 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;</li> <li>- modificarea și completarea Ordonanței de urgență nr. 77/2011 <i>privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății</i>, care permit în anul 2015, începând cu data intrării în vigoare a O.U.G. 12/2015 încheierea de contracte cost-volum / cost-volum-rezultat,</li> </ul> <p>și</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulamentul (CE) nr. 883/2004 Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială,</li> </ul> <p>prin proiectul de act normativ au fost făcute unele modificări și unele completări, pentru clarificare, reglementărilor din</p>

Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind:

1. transmiterea în 72 de ore de către furnizori, a serviciilor medicale paraclinice, a serviciilor medicale de dializă respectiv a serviciilor medicale de radioterapie, în platforma informatică a asigurărilor de sănătate. Astfel furnizorii pot transmite și serviciile medicale acordate în alte condiții decât cardul național sau 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.
2. furnizorii trebuie să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;
3. suspendarea contractului de furnizare de medicamente și de servicii medicale paraclinice, în situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, precum și a reglementărilor privind suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materialele sanitare specifice , în situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/ materialele sanitare specifice eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare specifice achiziționate, operează de la data de la data notificării furnizorului cu privire la măsurile dispuse de organele de control ale casei de asigurări de sănătate și operează până la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate, dar nu mai târziu de data de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; în situația în care soluționarea de către instituțiile abilitate a sesizării este finalizată în perioada de suspendare a contractului și decizia este în defavoarea furnizorului, contractul se reziliază de plin drept, iar în caz contrar încetează suspendarea contractului.
4. sancționarea furnizorilor, respectiv reținerea sumelor să se aplice la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații;
5. modalitățile de raportare și urmărire a medicamentelor aferente contractelor cost-volum.
6. de asemenea, pentru punerea în aplicare a prevederilor art. 49 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, s-a reglementat ca, pentru anul 2016 includerea unităților sanitare publice sau private în programele naționale de sănătate să se realizeze în baza unor criterii și metodologii de selecție,

	elaborate de către comisiile de specialitate și aprobate prin norme tehnice, până la data de 31 decembrie 2015.	
3. Alte informații		
<b>Secțiunea a 3-a</b>		
<b>Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ</b>		
1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul	
1 <sup>1</sup> . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat	Nu este cazul	
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Nu este cazul	
3. Impactul social	Nu este cazul	
4. Impactul asupra mediului	Nu este cazul	
5. Alte informații	Nu este cazul	
<b>Secțiunea a 4-a</b>		
<b>Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung.</b>		
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul	
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul	
3. Impact financiar, plus/minus	Nu este cazul	
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii	Nu este cazul.	

cheltuielilor bugetare.		
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare.	Nu este cazul.	
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul.	
7. Alte informații.	Nu este cazul	
<b>Secțiunea a 5-a</b>		
<b>Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare.</b>		
1. <i>Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:</i>		
<i>a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;</i>	Modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015 privind aprobarea Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016, cu modificările și completările ulterioare.	
<i>b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții</i>	Nu este cazul.	
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie.	Nu este cazul.	
3. <i>Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare</i>	Nu este cazul.	
4. <i>Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene</i>	Nu este cazul.	
5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.	Nu este cazul.	
6. Alte informații	Nu este cazul.	
<b>Secțiunea a 6-a</b>		
<b>Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ</b>		
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate		
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut		

loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative.	Nu este cazul.
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul.
5. Informații privind avizarea de către:	Se supune avizului Consiliului Legislativ.
a) Consiliul Legislativ	
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	Nu este cazul.
c) Consiliul Economic și Social	Nu este cazul.
d) Consiliul Concurenței	Nu este cazul.
e) Curtea de Conturi	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
<b>Secțiunea a 7-a</b>	
<b>Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</b>	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ.	Legea nr. 52 / 2003 privind transparența decizională în administrația publică și republicată în Monitorul Oficial nr. 749/2013
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice.	Nu este cazul
3. Alte informații	Nu este cazul.
<b>Secțiunea a 8-a</b>	
<b>Măsuri de implementare</b>	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente.	
2. Alte informații	Nu este cazul.

În acest sens, a fost întocmit proiectul de Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, pe care îl supunem spre aprobare.

**Ministrul sănătății,  
NICOLAE BĂNICIOIU**



**Avizăm favorabil:**

**Ministrul Finanțelor Publice**

**Ministrul Justiției**

**Eugen-Orlando TEODOROVICI**

**Robert-Marius CAZANCIUC**

**Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**

**Vasile CIURCHEA**

# GUVERNUL ROMÂNIEI



## HOTĂRÂRE

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

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

**Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.**

**Art. I** – Hotărârea Guvernului nr.206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 208 din 30 martie 2015, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 4 după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:  
„(2<sup>1</sup>) Pentru anul 2016 includerea unităților de specialitate în programele naționale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, până la data de 31 decembrie 2015.”
2. La articolul 4 alineatul (3) lit. c) se modifică și va avea următorul cuprins:  
„c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale; selecția furnizorilor privați de servicii medicale se realizează conform prevederilor alineatului (2<sup>1</sup>);”
3. La articolul 7 alineatele (4), (7) și (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:  
„(4) Sumele aprobate pentru decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale, și altele asemenea eliberate și serviciilor medicale efectuate în cadrul programelor naționale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, în funcție de indicatorii realizați și în limita fondurilor aprobate cu această destinație, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.”

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

„(8) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie și a Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie în spitalizare de zi, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:”

a) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3) lit. b) și c) care se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești;

b) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3) lit. b) și c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă și care se află sau nu se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.”

4. La articolul 9 literele g), i) - l), p), r), ad), ae) și af) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„g) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, inclusiv pentru DCI - urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate precum și pentru DCI-urile care fac obiectul contractelor cost -volum.”

„i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulată de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular /număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;”

„j) să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita

sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;”

„k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line /copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;”

„l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;”

„p) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;”

„r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică, extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, iar în situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport de hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor; 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 și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista 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, să informeze asigurații prin medicii curanți/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;”

„ad) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;”

„ae) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea asigurate potrivit literelor ad) și ad<sup>1</sup>) și decontate din bugetul FNUASS.”

„af) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, serviciile prevăzute la lit. ad) și ad<sup>1</sup>), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz de documentele justificative /documentele însoțitoare;”

3. La articolul 9 după litera ad) se introduce o literă nouă, litera ad<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„ad<sup>1</sup>) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

4. La articolul 10 literele c), g, t ), x), aa), ad), ae), af), se modifica și vor avea următorul cuprins:

”c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare specifice eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative; 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 specifice achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei cu circuit deschis 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 pentru programul / subprogramul pentru care s-a constatat refuzul. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare specifice achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente programul / subprogramul pentru care s-a constatat neconcordanța și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective; suspendarea contractului operează de la data notificării furnizorului cu privire la măsurile dispuse de organele de control ale casei de asigurări de sănătate și operează până la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate, dar nu mai târziu de data de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; în situația în care soluționarea de către instituțiile abilitate a sesizării este finalizată în perioada de suspendare a contractului și decizia este în defavoarea furnizorului, contractul se reziliază de plin drept, iar în caz contrar încetează suspendarea contractului;

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

„t) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;”

„x) să nu elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative 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;”

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

„ad) să elibereze medicamentele și/sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

(i) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naționale curative de oncologie și diabet zaharat în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România

(ii) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

(iii) pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

„ae) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 și să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele

programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț; ”

„af) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative sanitare acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, și după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț.”

5. La articolul 11, literele d), j), y), aj), am) și ao) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată potrivit contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnatura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;”

„j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

y) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice raportate potrivit contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației

contractuale cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate 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 servicii paraclinice în cadrul programului/subprogramului care a făcut obiectul controlului. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați potrivit facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează potrivit legii instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective în acest sens; suspendarea contractului operează de la data notificării furnizorului cu privire la măsurile dispuse de organele de control ale casei de asigurări de sănătate și operează până la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate, dar nu mai târziu de data de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; în situația în care soluționarea de către instituțiile abilitate a sesizării este finalizată în perioada de suspendare a contractului și decizia este în defavoarea furnizorului, contractul se reziliază de plin drept, iar în caz contrar încetează suspendarea contractului;”

„aj) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;”

„am) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, pe baza setului minim de date: CNP/CID/ număr card european/număr formular /număr pașaport/numar act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă);”

„ao) să raporteze distinct, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, serviciile medicale paraclinice prevăzute la lit. an), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la serviciile medicale paraclinice și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare.

6. La articolul 12 literele ab), ad), ai) și aj) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID/număr card european/număr formular /număr pașaport/numar act identitate al bolnavului, diagnostic

specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate”

„ad) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, atât pe suport de hartie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă, factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic;”

„ai) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 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;”

„aj) să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile de dializă prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;”

7. La articolul 13 literele c) , ab), af) , ag), si ah) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„c) să furnizeze serviciile de radioterapie pacienților titulari ai cardului European de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;”

„ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de radioterapie în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID/număr card european/număr formular /număr pașaport/număr act identitate al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii de radioterapie efectuate (inclusive doza totală administrată);”

„af) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile de radioterapie asigurate potrivit literei c) și decontate din bugetul Fondului;”

„ag) să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile prevăzute la lit. af) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;”

„ah) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, atât pe suport de hartie cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic ”

8. La articolul 14, alineatul (1), literele a)- c) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

9. La articolul 14, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ (2) Nerespectarea obligației prevăzută la art. 9 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/ subprogramul respectiv.”

10. La articolul 14, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) Nerespectarea obligației prevăzută la art. 9 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/ subprogramul respectiv.”

11. La articolul 14, alineatul (5) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

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

12. La articolul 14, alineatul (6) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

13. La articolul 14, alineatul (11) literele a)- c) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

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

14. La articolul 14, alineatul (12) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(12) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

15. La articolul 14, alineatul (13) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(13) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (12), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

16. La articolul 14, alineatul (15) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(15) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

17. La articolul 14, alineatul (16), litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au produs aceste situații;”

18. La articolul 14, alineatul (18) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

18. La articolul 14, alineatul (19) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

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

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

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

19. La articolul 14 alineatul (20) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(20) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 13 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

20. La articolul 14, alineatul (21) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(21) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 13 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (20), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;”

21. La articolul 14 alineatul (25) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

22. La articolul 15, alineatul (1), literele b), i), j), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport de hârtie /în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic ”

„i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor

Regulamentului (CE) nr. 883/2004 după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

„j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.”

23. La articolul 16, alineatul (2) 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 alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 10 lit. f), g), r), ț), u) și x) - 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.”

24. La articolul 24, alineatele (1), (3) și (11) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suportă la nivelul prețului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se DCI, iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, în cazul produselor biologice, precum și în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost volum, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a DCI corespunzătoare.”

„(3) Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în Catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (Canamed), deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului.”

„(11) Medicamentele/materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, boli neurologice, diabet zaharat cuprinși în unele programe naționale de sănătate, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală electronică/file de condică. În vederea decontării contravalorii medicamentelor /materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor, prescripțiile medicale electronice off-line/file de condică se transmit la casele de asigurări de sănătate, împreună cu borderoul centralizator cu evidente distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;”

25." După articolul 37 se introduce un articol nou, articolul 37<sup>1</sup>, cu următorul cuprins:

„art. 37<sup>1</sup> Începând cu data de 1 septembrie 2015, furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate, serviciile medicale furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile art. 11 lit. ai), art. 12 lit. e), art. 13 lit. e), în maxim 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

26. În anexă, la litera B "Programe naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate", subtitlul Programul național de oncologie, la obiective, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

„e) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi.”