

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1	
Titlul proiectului de act normativ	Hotărâre pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015
Secțiunea a 2-a	
Motivul emiterii actului normativ:	
<p>- 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.</p> <p>- 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 în limita creditelor de angajament aprobate în anexa la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate,</p>	
1. Descrierea situației actuale	<p>În prezent, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate din România, persoanele care dețin calitatea de asigurat pot beneficia de medicamente, cu sau fără contribuție personală, din Lista cuprinzând denumirile comune internaționale, pe bază de prescripție medicală, listă ce este aprobată prin H.G. nr. 720/2008 cu modificările și completările ulterioare.</p> <p>Lista cuprinzând denumirile comune internaționale prevăzută la alin. (1) este alcătuită din sublistele A, B și C. Sublista C are în componență secțiunile C1, C2 și C3.</p> <p>Potrivit reglementărilor H.G. nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare denumirilor comune internaționale prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, al celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, iar al celor din sublista C este de 100% din prețul de referință pentru secțiunile C1 și C3.</p> <p>Reglementările privind compensarea medicamentelor din sublistele A, B, C1 și C3 și procentul de compensare al medicamentelor din sublistele menționate anterior se regăsesc și în H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015.</p>
2. Schimbări preconizate	<p>Având în vedere:</p> <p>- modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 720/2008, prin delistarea unor medicamente și mutarea unor medicamente pe o nouă sublistă, sublista D, cu un procent de compendare de 20%;</p> <p>și</p> <p>- 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,</p> <p>este necesară coroborarea reglementărilor H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu modificările și completările ulterioare, astfel încât asigurații să poată beneficia în sistemul de asigurări sociale de sănătate de medicamentele din noua sublistă – sublista D. Totodată este necesar a fi actualizate modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor în sensul reglementării acestor activități și pentru medicamentele din sublista D și pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/ cost-volum-rezultat.</p> <p>Prin modificările aduse Hotărârii de Guvern nr. 400/2014 se are în vedere și:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ creșterea accesibilității asiguraților la servicii medicale paraclinice <p>Astfel, în pachetul de bază a fost introdus un nou serviciu, respectiv ”transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru efectuare de investigații medicale</p>

	<p>paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate”</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au fost aduse unele completări, pentru clarificare, reglementărilor privind suspendarea contractului de furnizare 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 cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu 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, ▪ s-a prevăzut că începând cu data de 1 septembrie 2015 furnizorii de servicii medicale și dispozitive medicale au obligația transmiterii serviciilor medicale furnizate/dispozitivelor medicale eliberate [altele decât cele transmise în platforma în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile art. 3 lit. aq), art. 24 lit. am), art. 42 lit. am), art. 59 lit. ae), art. 74 lit. am), art. 92 lit. f), art. 119 lit. ab), art. 130 lit. af), art. 153 lit. ș) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare] în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale/eliberării dispozitivelor medicale, acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale / dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; - în vederea monitorizării serviciilor medicale și dispozitivelor medicale
--	--

3. Alte informații	
--------------------	--

Secțiunea a 3-a
Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ

1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului 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

Secțiunea a 4-a
Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung.

1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
3. Impact financiar, plus/minus	Nu este cazul
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul.
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare.	Nu este cazul.
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor	Nu este cazul.

veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare.	
7. Alte informații.	Nu este cazul
Secțiunea a 5-a	
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare.	
1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:	
a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;	Modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015; Modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 244/2015 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special
b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	Nu este cazul.
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie.	Nu este cazul.
3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Nu este cazul.
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Nu este cazul.
5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 6-a	
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ	
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Negocieri / consultări, după caz, în procesul de elaborare a proiectului de hotărâre de modificare și completare a <i>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</i> , cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, precum și cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.
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	Nu este cazul.

administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative.	
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul.
5. Informații privind avizarea de către:	Se supune avizului Consiliului Legislativ.
a) Consiliul Legislativ	
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	Nu este cazul.
c) Consiliul Economic și Social	Nu este cazul.
d) Consiliul Concurenței	Nu este cazul.
e) Curtea de Conturi	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 7-a	
Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ.	
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice.	Nu este cazul
3. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 8-a	
Măsuri de implementare	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente.	
2. Alte informații	Nu este cazul.

În acest sens, a fost întocmit proiectul de *Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015* pe care îl supunem spre aprobare.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII

Nicolae BĂNICIOIU



PREȘEDINTELE
CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Vasile CIURCHEA



Avizăm favorabil:

MINISTRUL FINANTELOR PUBLICE

Eugen Orlando TEODOROVICI

MINISTRUL JUSTIȚIEI

Robert - Marius CAZANCIUC

GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

privind 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. În textul de hotărâre, după alineatul (4) al articolului 12 se introduce un alineat nou, alineatul (5) cu următorul cuprins:**

“(5) În situația în care contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, au fost suspendate pentru situațiile prevăzute de prezenta hotărâre, cu sesizarea concomitentă a instituțiilor abilitate de lege să efectueze controlul furnizorilor respectivi, casa de asigurări de sănătate nu va mai intra în relație contractuală cu furnizorul până la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate.

Furnizorul poate intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la următorul termen de contractare, dacă decizia instituțiilor abilitate este favorabilă acestuia, în caz contrar nu va mai putea intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate timp de 1 an de la data deciziei instituțiilor abilitate; casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 1 an de la data deciziei instituțiilor abilitate, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționar.

2. **În textul de hotărâre, la articolul 16, litera b) a alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:**

”b) să raporteze, conform prezentei hotărâri și a normelor sale de aplicare, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relații contractuale, facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la tarifele/prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați.”

3. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, litera G, punctul 2, după supct. 2.7. se introduce un nou subpct. 2.8 cu următorul cuprins:**

„2.8. transportul dus-întors, la laboratorul de investigații paraclinice și de la laborator la domiciliu, pentru asigurații imobilizați la pat, pentru efectuare de investigații medicale paraclinice în ambulatoriu recomandate de medicii de familie sau medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.”

4. **În Anexa nr. 1, la capitolul II, litera H, poziția 20 se abrogă.**

5. **În Anexa nr. 1, la Capitolul II, în tabelul de la litera H, poziția 33 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”

33.	Ventilație noninvazivă****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului-Somnologie poligrafie, în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii din timpul somnului-Somnologie poligrafie, polisomnografie și titrare CPAP/BiPAP și în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii-Ventilație non-invazivă, a medicului cu specialitatea anestezie și terapie intensivă, a 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
-----	--

6. **În Anexa nr. 1, la Capitolul III, litera F, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„1. Pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. I lit. C, precum și de serviciile medicale de chimioterapie acordate în regim de spitalizare de zi prevăzute în norme. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitalicești nu solicită bilet de internare.”

- ”
7. **În Anexa 2, la articolul 74, litera aa) se modifică și va avea următorul cuprins:**
- ”aa) 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, documente tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări 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 medicale. 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, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice 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;”
8. **În Anexa nr. 2, la articolul 138, după alineatul (1) se introduce un alineat nou, alin. (1¹) cu următorul cuprins:**
- „(1¹) Medicamentele în tratamentul ambulatoriu ce fac obiectul contractelor cost-volum- rezultat, se eliberează de către farmaciile aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în baza unor acte adiționale încheiate în acest sens. Încheie acte adiționale cu farmaciile pentru eliberarea acestor medicamente numai casele de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medicii care pot prescrie, conform prevederilor legale în vigoare, medicamentele ce fac obiectul contractelor cost - volum - rezultat.
9. **În Anexa nr. 2, la articolul 141, literele a), c), r), ș), aa) și ab) și se modifică și vor avea următorul cuprins:**
- „a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este

mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D;

(...)

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

(...)

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente; pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

(...)

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe

unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe prescripție - componenta eliberare;

(...)

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele 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 baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. r), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

ab) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele 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 cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale odată cu raportarea lunară conform lit. r) , copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;”

10. În Anexa nr. 2, la articolul 141, după litera af) se introduce o nouă literă, lit. ag) cu următorul cuprins:

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

11. În Anexa nr. 2, la articolul 142, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

„d) să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;”

12. În Anexa nr. 2, alinetele (2) și (5) ale articolului 144 se modifică și vor avea următorul cuprins:

”(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, a celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, a celor din sublista D este de 20% din prețul de referință, iar a celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință.

(...)

(5) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind prețurile de referință aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în 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.”

13. **În Anexa nr. 2, la articolul 144, după alineatul (9) se introduce un alineat nou, alin. (9¹) cu următorul cuprins:**

“(9¹) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurari de sanatate decontează medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din O.U.G. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, în termen de 60 de zile de la validarea facturii.”

14. **În Anexa nr. 2, la articolul 144, după alineatul (10) se introduce un alineat nou, alin. (10¹) cu următorul cuprins:**

“(10¹) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (9¹) 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 farmacii 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.”

15. **În Anexa nr. 2, la articolul 145, preambulul alineatului (1) și litera a) de la alineatul (1) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

„(1) Modalitățile de prescriere, de eliberare și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale - DCI corespunzătoare.

Cu excepția cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a prețului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:

a) pentru sublistele A, B și D - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 330 lei pe lună; (...)"

16. În Anexa 2, alineatul (5) al articolului 145 se modifică și va 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, în care sunt evidențiate distinct:

1. medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

2. medicamentele prescrise de medicul de familie urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

3. medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;

4. medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

5. medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene;

În acest borderou nu sunt cuprinse a medicamentele 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.

În borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat, cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, sunt evidențiate distinct: medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), după caz.

17. **În Anexa nr. 2, la articolul 147, preambulul alineatului (2) 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), ae) și ag) se aplică următoarele sancțiuni: (...)"

18. **În Anexa nr. 2, după articolul 172¹, se introduce un articol nou, articolul 172², cu următorul cuprins:**

"Art. 172² – Începând cu data de 1 septembrie 2015, furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate, serviciile medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate - altele decât cele transmise în platforma în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile art. 3 lit. aq), art. 24 lit. am), art. 42 lit. am), art. 59 lit. ae), art. 74 lit. am), art. 92 lit. f), art. 119 lit. ab), art. 130 lit. af), art. 153 lit. ș), în maxim 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale / eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate / dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; asumarea serviciilor medicale acordate / dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații serviciile medicale și dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate."

ART. II Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de^{1 octombrie} 2015.

PRIM MINISTRU

VICTOR - VIOREL PONTA