

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1 Titlul prezentului proiect de act normativ

HOTĂRÂRE

privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017

Secțiunea a 2 – a Motivul emiterii actului normativ

Strategia Guvernului României.

1. Descrierea situației actuale

În conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate în condițiile legii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare.

În prezent, sunt aplicabile reglementările 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, a căror aplicabilitate este până la data de 31 martie 2016. De la data de 1 iulie 2016 intră în vigoare reglementările Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017.

2. Schimbări preconizate

- Crearea cadrului legal pentru dezvoltarea unei noi modalități de raportare a serviciilor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală și a dispozitivelor medicale de către furnizorii de servicii, în vederea decontării acestora de către casele de asigurări de sănătate; raportarea activității furnizorilor conform contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate se va face zilnic, fără a mai fi necesară și o raportare bilunară/lunară/trimestrială, după caz; implementarea acestei măsuri are în vedere debirocratizarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;

- Pentru toate categoriile de furnizori s-a modificat termenul în care aceștia au obligația transmiterii în platforma informatică a asigurărilor de sănătate a serviciilor off-line, de la maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului, la 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. Aceasta măsură are în vedere posibilitatea raportării serviciilor în afara sărbătorilor legale și a zilelor nelucrătoare.

- Optimizarea informării asiguraților și a persoanelor beneficiare ale pachetului minimal cu privire la serviciile din pachetul de bază și din pachetul minimal de care beneficiază în sistemul de asigurări sociale de sănătate și tarifele aferente acestor servicii, decontate de casele de asigurări de sănătate. Informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

- Au fost revizuite unele sancțiuni aplicabile furnizorilor aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, coroborând nivelul sancțiunii cu gravitatea nerespectării de către aceștia a unor obligații.

- Optimizarea transparenței în sistemul de asigurări sociale de sănătate prin implementarea unui management al listelor de prioritate pentru servicii programabile la nivelul asistenței medicale spitalicești și la nivelul asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice, precum și afișarea de către casa de asigurări de sănătate a criteriilor și punctajelor aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice, într-un format pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.
- Au fost operate unele modificări/completări ale prevederilor H.G. nr. 161/2016 pentru o mai bună claritate a textului;
- Au fost introduse reglementări pentru punerea în aplicare a unor dispoziții ale Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 20/2016 *pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, și pentru modificarea și completarea unor acte normative*, cu incidență asupra Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

3. Alte informații

Secțiunea a 3-a Impactul socio-economic al proiectului de act normativ

1. Impact macro-economic	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat:	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2. Impact asupra mediului de afaceri	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2 ¹ . Impactul asupra sarcinilor administrative	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2 ² . Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Impact social	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
4. Impact asupra mediului	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
5. Alte informații	Nu sunt

Secțiunea a 4-a Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung (pe 5 ani)

Proiectul de act normativ nu are impact asupra bugetului general consolidat.

- mii lei -

Indicatori	Anul curent	Următorii patru ani				Media pe cinci ani
1	2	3	4	5	6	7

1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. impozit pe profit ii. impozit pe venit b) bugete locale i. impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. contribuții de asigurări								
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii b) bugete locale: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii								
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale								
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare								
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare								
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare								
7. Alte informații Nu sunt								

Secțiunea a 5-a
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare

1. Măsurile normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ):	
<i>a) acte normative care se modifică sau se abrogă ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;</i>	H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017
<i>b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții.</i>	

1¹. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare:	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
3. Măsurile normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
4. Hotărârile ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente, făcându-se referire la un anumit acord, o anumită rezoluție sau recomandare internațională ori la alt document al unei organizații internaționale:	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
6. Alte informații	Nu sunt.

Secțiunea a 6-a
Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ

1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Negocieri /consultări în procesul de elaborare a proiectului de hotărâre a Guvernului privind modificarea și completarea H.G. nr. 161/2016 <i>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 2016-2017</i> , cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Comisiile de Specialitate ale Ministerului Sănătății, precum și cu organizațiile patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical (conform dispozițiilor art. 229 alin. 2 din Legea nr. 95/2006, republicată) .
---	--

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	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
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	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
5. Informații privind avizarea de către:	
a) Consiliul Legislativ	Se supune avizului Consiliului Legislativ.
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	
c) Consiliul Economic și Social	
d) Consiliul Concurenței	
e) Curtea de Conturi	
6. Alte informații	Nu sunt.
<p align="center">Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</p>	
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	
3. Alte informații	Nu sunt
<p align="center">Secțiunea a 8-a Măsurile de implementare</p>	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente	
2. Alte informații	Nu sunt.

Față de cele prezentate, a fost elaborat prezentul *proiect de Hotărâre pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017*, pe care îl supunem Guvernului spre adoptare.

Ministrul Sănătății

VLAD VASILE VOICULESCU



p. Președintele

**Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
RADU GHEORGHE ȚIBICHI**

Avizăm favorabil:

Ministrul Finanțelor Publice

ANCA DANA DRAGU

Ministrul Justiției

RALUCA ALEXANDRA PRUNĂ

HOTĂRÂRE

privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I

Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 215 din 23 martie 2016, se modifică și se completează după cum urmează:

- 1. În Anexa nr. 1, Capitolul II, litera K, punctul 3, explicația aferentă notei **) se completează și va avea următorul cuprins:**

„**) Se recomandă numai pentru retenție urinară, pentru vezică neurogenă și obstrucție canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, neurologie pediatrică, urologie, recuperare, medicină fizică și balneologie, oncologie și chirurgie pediatrică.”

- 2. În Anexa nr. 2, la articolul 3, literele q), ș), af), ag), aq) și ar) se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

(...)

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale; raportarea activității în timp real permite decontarea serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate fără a mai fi necesară o raportare lunară; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată.

(...)

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 de 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 sau contractul este suspendat, în situația în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris, în situația în care asiguratul își schimbă domiciliul dintr-o localitate în alta. Asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni și în situația în care asiguratul se află în arest preventiv, sau execută o pedeapsă privativă de libertate, la încetarea arestului preventiv al asiguratului și/sau înlocuirea acestuia cu arest la domiciliu sau control judiciar, la încetarea pedepsei privative de libertate a asiguratului, precum și în situația arestului la domiciliu ori în perioada de amânare sau de întrerupere a executării unei pedepse privative de libertate. Pe durata executării pedepsei privative de libertate sau a arestului preventiv serviciile medicale sunt asigurate de medicii de familie/medicină generală ce își desfășoară activitatea în cabinetele medicale ale unităților penitenciare sau ale aresturilor în custodia cărora se află asiguratul, pe întreaga durată a persistenței stării de fapt, acesta fiind înscris pe lista medicului ce își desfășoară activitatea în cabinetele medicale menționate anterior.

ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să

comunica recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în norme și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme.

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, 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 familie 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 medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;

(...)

aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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 național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele căroră nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

3. În Anexa nr. 2, la articolul 13, alineatele (2) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

- a) suma corespunzătoare punerii în aplicare a art. 183 alin. (3), inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;
- b) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;
- c) 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a) și b).

(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și per serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare din care se scade suma corespunzătoare lit. a) a alin. (2), se defalchează trimestrial.”

4. În Anexa nr. 2, la articolul 17, alineatul (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.”

5. În Anexa nr. 2, la articolul 24, literele q), t), ak) și al) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

(...)

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

(...)

ak) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

al) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ak), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după

această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

6. În Anexa nr. 2, la articolul 33, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per serviciu, respectiv pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a art. 183 alin. (3), inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior; fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului per serviciu se defalcă trimestrial.”

7. În Anexa nr. 2, la articolul 35, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu, respectiv se diminuează cu 5% valoarea de contract pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de specialitate clinică/acupunctură la care acestea au fost înregistrate;
- c) la a treia 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.”

8. În Anexa nr. 2, la articolul 42, literele p), ș), al) și am) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

(...)

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale; raportarea activității în timp real permite decontarea serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate fără a mai fi necesară o raportare lunară; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de

Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată.

(...)

al) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

9. În Anexa nr. 2, la articolul 52, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(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, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație."

10. În Anexa nr. 2, la articolul 59, literele o), r), ad) și ae) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„o) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate și partea de contribuție personală suportată de asigurat; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

(...)

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

(...)

ad) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ae) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ad) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua

acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

11. În Anexa nr. 2, la articolul 67, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

- a) la prima constatare, avertisment scris;
- b) la a doua constatare se diminuează cu 5% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;
- c) la a treia constatare se diminuează cu 10% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație.”

12. În Anexa nr. 2, la articolul 74, literele n), o), Ț), am) și ao) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

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

(...)

Ț) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul; managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

(...)

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, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

(...)

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

13. În Anexa nr. 2, la articolul 76, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii; criteriile și punctajele aferente pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, sunt afișate de către casa de asigurări de sănătate în formatul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;"

14. În Anexa nr. 2, la articolul 87, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital își desfășoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepția zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, situație în care un medic poate acorda servicii medicale

spitalicești, în baza a două contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, cu respectarea legislației muncii.”

15. În Anexa nr. 2, la articolul 92, alineatul (1), literele f), p), ș), ab) și as) 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, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

(...)

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

(...)

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

(...)

ab) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. Managementul listelor de prioritate pentru serviciile medicale spitalicești se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

(...)

as) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. f) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate."

16. În Anexa nr. 2, la articolul 102, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzută la art. 92 alin. (1) lit. ao), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație."

17. În Anexa nr. 2, la articolul 107, alineatul (1), literele m) și Ț) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

(...)

Ț) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate, în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; la stabilirea celor 3 zile

lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată; asumarea serviciilor medicale acordate eliberate 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.”

18. În Anexa nr. 2, la articolul 119, literele l), aa) și ab) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

(...)

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

ab) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. aa), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată; asumarea serviciilor

medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.”

19. În Anexa nr. 2, la articolul 130, literele n), q), af) și ag) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

(...)

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

(...)

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, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată. 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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006,

republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

20. În Anexa nr. 2, la articolul 135, alineatul (2) se modifică și va 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, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta se diminuează cu 3% valoarea lunară de contract, pentru luna în care s-a produs această situație."

21. În Anexa nr. 2, la articolul 141, literele f) și w) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

(...)

w) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală; raportarea activității în timp real permite decontarea medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate fără a mai fi necesară o raportare lunară; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării medicamentelor. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua eliberării medicamentelor și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată."

22. În Anexa nr. 2, preambulul 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, precum și în cazul nerespectării obligației de la art. 141 lit. p), se aplică următoarele sancțiuni:”

23. În Anexa nr. 2, la articolul 147, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alin. (6) cu următorul cuprins:

„(6) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România, cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației de la art. 141 lit. p), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.”

24. În Anexa nr. 2, la articolul 148 alin. (1), litera j) se modifică și va avea următorul cuprins:

„j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzută la art. 141 lit. ab).”

25. În Anexa nr. 2, la articolul 153, literele k), ș) și t) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de dispozitive medicale; raportarea activității în timp real permite decontarea dispozitivelor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate fără a mai fi necesară o raportare lunară; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării/expedierii dispozitivelor medicale. La stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivelor medicale și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată.

(...)

ș) 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 dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care

dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată.

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. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale;

t) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. ș), în maximum 3 zile lucrătoare de la data eliberării dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale de către beneficiar sau de către aparținătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică), împuternicit legal, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; în situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat, în maximum 3 zile lucrătoare de la data expedierii dispozitivului medical; la stabilirea celor 3 zile lucrătoare, nu se ia în calcul ziua eliberării/expedierii dispozitivului medical și termenul se împlinește în a 3-a zi lucrătoare după această dată.

Asumarea dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;"

26. În Anexa nr. 2, după articolul 197, se introduce un articol nou, articolul 198, cu următorul cuprins:

"Art. 198. – Sumele corespunzătoare pentru punerea în aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 20/2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 57/2015 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2016, prorogarea unor termene, precum și unele măsuri fiscal-bugetare, și pentru modificarea și completarea unor acte normative, se acordă unităților sanitare publice aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate prin transferuri din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de la o poziție distinctă, pe bază de documente justificative, în condițiile prevăzute în norme."

Art. II

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2016.

**PRIM - MINISTRU
DACIAN JULIEN CIOLOȘ**