MINISTERUL SĂNĂTĂŢII **CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Nr...../..... **Nr...../.....**

ORDIN

privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012

Având în vedere Referatul de aprobare nr. _____ din _____ al Ministerului Sănătăţii şi nr. _____ din _____ al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

În temeiul prevederilor:

- art. 217 alin. (5) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr.1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, cu modificările şi completările ulterioare
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu modificările şi completările ulterioare,

ministrul sănătăţii şi preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I - Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 922 şi nr. 922 bis din 27 decembrie 2011, se modifică şi se completează după cum urmează:

1. În Anexa 1, la Capitolul III, litera D se modifică şi va avea urmatorul cuprins :

„D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

a) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Evidenţa acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri

b) Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cronice, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Evidenţa acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la casa de asigurări de sănătate
- raportarea semestrială a modificărilor intervenite/mişcarea semestrială/intrări/ieşiri

Afecţiunile cronice sunt:

- sindroame poststreptococice la copii
- cardio – vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice
- digestive: sindrom de malabsorbţie
- de sistem: colagenoze (lupus - copii şi adulţi)
- ale aparatului respirator: astm bronşic, bronhopneumopatia cronică obstructivă
- ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic şi pielonefrită cronică, rinichi polichistic
- endocrine: distrofii endemice tireopate, guşă (copii şi adulţi)
- psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice
- oftalmologice: glaucom

2. În Anexa 1, la Capitolul III , litera G se modifică şi va avea următorul cuprins:

„G. Activităţi de suport:

1. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripţii medicale – pentru care se utilizează formularul de prescripţie medicală cu regim special, certificat constatator de deces (cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflaţi în plasament din cadrul sistemului de asistenţă socială şi protecţia copilului, documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces. Celelalte activităţi de suport sunt, după caz, consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

2. Eliberare de acte medicale: prescripţie electronică, card naţional de sănătate cu completarea datelor medicale."

3. În Anexa 2, la articolul 1, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate şi plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, precum şi pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii. Pentru semestrul II al anului 2012 modalitatea de plată cuprinde şi plată prin tarif pe serviciu exprimat în lei pentru unele servicii prevăzute în anexa nr. 1 la ordin."

4. În Anexa 2, la articolul 1, alineatul (2), litera a), punctul 4 se abrogă.

5. În Anexa 2, la articolul 1, alineatul (2), litera a), subpunctul 6.1 al punctului 6 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi de pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

În situaţia în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la numărul de puncte calculat conform formulei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr de asiguraţi înscrişi} - 2.200)}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0{,}30”$$

6. În Anexa 2, la articolul 1, alineatul (2), litera e) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„e) Serviciile cuprinse la cap. III lit. B pct. 2 lit. c), lit. B pct. 7, lit. D şi lit. G pct. 1 (cu excepţia consultaţiei pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces) din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata per capita.”

7. În Anexa 2, la articolul 1, preambulul alineatului (3) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.”

8. În Anexa 2, la articolul 1, alineatul (3) litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) Serviciile cuprinse la cap. I, cap. II şi cap. III lit. A, lit. B pct. 1, pct. 2 lit. a) şi b) şi pct. 3 - 6, lit. C, lit. E, şi lit. G pct. 1 - numai consultaţia pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces din anexa 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical iar decontarea acestora se face prin tarif exprimat în puncte.”

9. În Anexa 2, după alineatul (3) al articolului 1, se introduce un nou alineat, alin. (4) cu următorul cuprins:

„(4) Suma cuvenită pentru serviciile a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu exprimat în lei se acordă numai pentru semestrul II al anului 2012 astfel :

1. recomandare prescripţie medicală electronică on-line şi off-line:

1.1. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu listă proprie de asiguraţi pentru un număr de prescripţii reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni……100 lei/lună;

1.2 recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu listă proprie pentru un număr de prescripţii reprezentând între 50% şi 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni ……..…..50 lei/lună.

2. eliberare card naţional de sănătate cu completarea datelor medicale …… 5 lei/asigurat;

Serviciile cuprinse la cap. III lit. G pct. 2 din Anexa 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu; decontarea acestora se face prin tarif exprimat în lei.”

10. În Anexa 2, la articolul 2, literele a) şi e) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„a) medicamentele şi după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, dacă din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică, prescripţia medicală se completează, folosind formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie şi celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripţie medicală distinctă;

(…)

e) medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situaţii, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situaţie în care medicii raportează în format electronic la casa de

asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activităţii lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanţei prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultaţia în registrul de consultaţii, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripţiei medicale. ”

11. În Anexa 2, la articolul 3, alineatele (4) şi (5) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajaţi care să acopere programul de lucru al cabinetului medical individual.

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul angajat îşi desfăşoară activitatea, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita", pe serviciu medical prin tarif exprimat în puncte şi prin tarif pe serviciu exprimat în lei aferentă perioadei de absenţă, se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului urmând ca în convenţia de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condiţiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.”

12. În Anexa 2, la articolul 4, alineatul (4) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie-pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit inclusiv prescripţiile electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.”

13. În Anexa 2, la articolul 5, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă de persoane înscrise proprie şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale în vigoare folosindu-se ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie şi prescripţiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.”

14. În Anexa 2, articolul 7 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 7 (1) Pentru stabilirea valorii unui punct "per capita" şi a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional pentru anul 2012 are următoarea structură:

1. 50% pentru plata "per capita" şi 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reţinut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună), pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei şi pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate este format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din prezentul ordin;

b) suma pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulţit cu 1,5.

(2) Prin excepţie de la prevederile alin. (1), numai pentru semestrul II al anului 2012, pentru stabilirea valorii unui punct "per capita" şi a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenţei medicale primare are următoarea structură:

1. 50% pentru plata "per capita" şi 50% pentru plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, după ce s-au reţinut sumele ce rezultă potrivit pct. 2 lit. a) şi b) şi pct. 3.

2. Venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună), pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei şi pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din prezentul ordin;

b) suma pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulţit cu 1,5.

c) o sumă reprezentând contravaloarea serviciilor prestate de acesta, decontate prin tarif pentru anumite servicii, denumit în continuare tarif pe serviciu exprimat în lei, numai pentru semestrul II al anului 2012.

3. sumă totală necesară pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei."

15. În Anexa 2, la articolul 9, alineatele (1), (2) şi (3) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) Valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru semestrul I al anului 2012. Începând cu luna iulie a anului 2012 valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3,5 lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară, şi este în valoare de 1,8 lei valabilă pentru semestrul I al anului 2012. Începând cu luna iulie a anului 2012, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe ţară, este în valoare de 1,9 lei.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu medical se stabileşte trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru serviciile medicale a căror plată se face prin tarif exprimat în puncte a medicilor de familie şi numărul de puncte pe serviciu medical efectiv realizate cu respectarea condiţiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu."

16. În Anexa 2, după alineatul (4) al articolului 9, se introduce un nou alineat, alin. (5) cu următorul cuprins:

„(5) Prin excepţie de la prevederile alin. (4), numai pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012, fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel:

Fondul aferent asistenţei medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade suma pentru plata „per capita", suma totală pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei - prevăzută la art. 7 alin. (2) pct.3, precum şi venitul cabinetelor medicale - prevăzut la art. 7 alin. (2) pct. 2 lit. a) şi b) în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate."

17. În Anexa 2, articolul 10 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 10 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea

minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical. Numai pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012, la calculul sumei cuvenită lunar se adaugă şi suma cuvenită pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei.

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulţirea numărului de puncte "per capita" şi a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical. Numai pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012, la calculul sumei cuvenită pentru un trimestru se adaugă şi suma cuvenită pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei."

18. În Anexa 2, la articolul 13, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ (2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea punctului "per capita" şi la valoarea definitivă a punctului pe serviciu, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. La regularizarea trimestrului IV al anului 2012 se au în vedere şi serviciile pentru care plata se face prin tarif exprimat în lei, omise la raportare în perioada în care au fost realizate sau raportate eronat în plus. În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii."

19. În Anexa 3, la articolul 7, punctele 10, 33 şi 34 se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„10. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală, de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie:

(…)

33. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute in pachetul de servicii medicale de de bază ,dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situaţie în care medicii raportează în format electronic la casa de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activităţii lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanţei prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultaţia în registrul de consultaţii, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripţiei medicale.

34. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de

alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.”

20. În Anexa 3, la articolul 7, după punctul 44 se introduc trei noi puncte, pct. 45, pct. 46 şi pct. 47 cu următorul cuprins:

„45) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu si fără contribuţie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line.

46) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

47) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la pct. 46, toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012.”

21. În Anexa 3, articolul 8 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 8 Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună)

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare:

DA/NU .....

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraş, comună)

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru semestrul I al anului 2012. Începând cu luna iulie a anului 2012 valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3,5 lei.”

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate

nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie: .....%*)

b) cu gradul profesional:

- medic primar .....%

- medic care nu a promovat un examen de specialitate .....%

---

*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008; în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie.

1.6. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

În situaţia în care numărul de puncte realizat este mai mare de 19.000, la numărul de puncte calculat conform formulei de mai sus se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{\text{(număr de asiguraţi înscrişi - 2.200)}}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0{,}30''$$

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{\text{(număr de asiguraţi înscrişi - 2.200)}}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0{,}5$$

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depăşeşte 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0{,}5$$

d) În situaţia în care cabinetul medical se află într-o zonă/unitate administrativ-teritorială, cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{\text{(număr de asiguraţi înscrişi - 2.200)}}{\text{număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară, şi este în valoare de 1,8 lei valabilă pentru semestrul I al anului 2012. Începând cu luna iulie a anului 2012 valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unică pe ţară, este în valoare de 1,9 lei.

3. Suma cuvenită pentru serviciile a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu exprimat în lei se acordă numai pentru semestrul II al anului 2012 astfel:

3.1. recomandare prescripţie medicală electronică on-line şi off-line:

3.1.1. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu listă proprie de asiguraţi pentru un număr reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni……100 lei/lună;

3.1.2 recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu listă proprie pentru un număr reprezentând între 50% şi 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni ……...50 lei/lună.

3.2. eliberare card naţional de sănătate cu completarea datelor medicale …….. 5 lei/asigurat

4. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

Medic de familie angajat*)

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
---
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
2. .....
b) Medic de familie
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
Medic de familie angajat*)
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
---
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
2. .....
c) .....”

22. În Anexa 3, la articolul 9, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, la valoarea pentru un punct "per capita", respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, precum şi la tarifele pe servicii exprimate în lei pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.”

23. În Anexa 3, după alineatul (5) al articolului 9 se introduc trei noi alineate, alin. (5^1), alin. (5^2) şi alin. (5^3) cu următorul cuprins:

„(5^1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 46 se aplică următoarele sancţiuni:

a) avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a tarifului/serviciu exprimat în lei în asistenţa medicală primară – pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(5^2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 47 se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(5^3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (5^1) şi (5^2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 7 pct. 46 şi pct. 47 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

24. În Anexa 3, la articolul 9, alineatele (6), (7), (8) şi (9) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(6) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (3), alin. (4), alin. (5), alin. (5^1) lit. b) şi alin. (5^2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (5^1) lit. b) şi (5^2) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(7) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (3), alin. (4), alin. (5), alin. (5^1) lit. b) şi alin. (5^2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (3), alin. (4), alin. (5), alin. (5^1) lit. b) şi alin. (5^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3), alin. (4), alin. (5), alin. (5^1) lit. b) şi alin. (5^2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie."

25. În Anexa 4, punctul V se modifică şi va avea următorul cuprins:

„V. Obligaţiile medicului înlocuitor

Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit."

26. În Anexa 5, punctul V se modifică şi va avea următorul cuprins:

„V. Obligaţiile medicului înlocuitor

Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligaţia faţă de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare şi de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie-pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripţiile electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit."

27. În Anexa 6, la articolul 5, punctele 8, 31 şi 32 se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„8. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele de care beneficiază asiguraţii corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;"

(…)

31. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor

legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile pentru serviciile medicale prevăzute in pachetul de servicii medicale de de bază dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorul de servicii medicale poate elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situaţie în care medicii raportează in format electronic la casa de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activităţii lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanţei prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultaţia în registrul de consultaţii, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripţiei medicale.

32. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate."

28. În Anexa 6, după punctul 43 al articolului 5, se introduc trei noi puncte, pct. 44, pct. 45 şi pct. 46 cu următorul cuprins:

„44) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special –off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line.

45) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

46) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la pct. 45, toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012.".

29. În Anexa 6, articolul 6 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 6. (1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară pentru medicii nou-veniţi sunt:

Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate beneficiază de un venit format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulţit cu 1,5.

c) o sumă reprezentând contravaloarea serviciilor prestate de acesta decontate prin tarif pe serviciu exprimat în lei, numai pentru semestrul II al anului 2012.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie nou-venit în componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat convenţia:

a) Medic de familie nou-venit

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă a medicului .....

Program de lucru .....

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a) ..... lei

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

Pentru semestrul II al anului 2012, la venitul lunar medicul încasează şi suma corespunzătoare serviciilor a căror plată se face prin tarif exprimat în lei.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de ..... pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de ..... .

b) Medic de familie nou-venit

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă a medicului .....

Program de lucru .....

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit conform alin. (1) lit. a)..... lei

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei.

Pentru semestrul II al anului 2012, la venitul lunar medicul încasează şi suma corespunzătoare serviciilor a căror plată se face prin tarif exprimat în lei.

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit se plăteşte la data de ..... pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

c) .....

.....”

30. În Anexa 6, la articolul 7, alineatul (1), litera b) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 alin. (1) lit. a) şi b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate.”

31. În Anexa 6, la articolul 7, alineatul (2), litera b) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„b) la a doua constatare, se diminuează suma stabilită conform art. 31 alin. (1) lit. a) şi b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situaţii.”

32. În Anexa 6, la articolul 7, alineatul (3) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(3) În cazul în care în derularea convenţiei se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenţiei nu au fost efectuate, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 alin. (1) lit. a) şi b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru luna în care sau produs aceste situaţii, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situaţii."

33. În Anexa 6, după alineatul (3) al articolului 7 se introduc trei noi alineate, alin. (3^1), alin. (3^2) şi alin. (3^3) cu următorul cuprins:

„(3^1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 45 se aplică următoarele sancţiuni:

a) avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a tarifului/serviciu exprimat în lei în asistenţa medicală primară – pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(3^2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 46 se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru."

(3^3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (3^1) şi alin. (3^2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 7 pct. 45 şi 46 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

34. În Anexa 6, la articolul 7, alineatele (4), (5), (6) şi (7) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (3^1) lit. b) şi alin. (3^2) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie."

35. În Anexa 7, la Capitolul I, litera C „Pachetul de servicii medicale de bază", preambulul de la punctul C2, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„C2. Specialităţile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, serviciile diagnostice şi terapeutice (numai pentru pachetul de servicii medicale de bază) pentru care plata serviciilor medicale se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi serviciile (numai pentru pachetul de servicii medicale de bază) pentru care plata se face prin tarif pe serviciu exprimat în lei:"

36. În Anexa 7, la Capitolul I, litera C, după subpunctul II al punctului C2, se introduce un nou subpunct, subpct. III cu următorul cuprins:

„III. Serviciile pentru care plata se face prin tarif pe serviciu exprimat în lei şi tarifele aferente acestora sunt:

Recomandare prescripţie medicală electronică on-line şi off-line:

1. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru mai mare sau egal cu 35 ore/săptămână, pentru un număr reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni……..…100 lei/lună;

2. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru mai mare sau egal cu 35 ore/săptămână pentru un număr reprezentând între 50% şi 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni ……..……50 lei/lună.

3. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru între 17,5 inclusiv şi 35 ore/săptămână, pentru un număr reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni……..…60 lei/lună;

4. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru între 17,5 inclusiv şi 35 ore/săptămână pentru un număr reprezentând între 50% şi 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni ……30 lei/lună.

Suma aferentă acestor servicii se acordă numai pentru semestrul II al anului 2012."

37. În Anexa 7, în tabelul de la Capitolul II, poziţia 184 „Endoscopie gastro-duodenală" se abrogă.

38. În Anexa 7, la Capitolul III, punctul 1, preambulul de la Nota 7 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ NOTA 7: Serviciile prevăzute la codurile 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 7.1, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.7, 8.8, 9.1, 9.2, şi 9.3, se acordă astfel: (…)"

39. În Anexa 7, la Capitolul III, punctele 2 şi 3 se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară. Se acordă servicii medicale de urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1. Medicaţia pentru cazurile de urgenţă la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgenţă organizată conform legii.

Persoanele beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate (radiografii dentare) şi tratamentul prescris de medicii de medicină dentară.

3. Pachetul de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, conform legii:

a) se acordă serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1. Medicaţia pentru cazurile de urgenţă la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgenţă organizată conform legii;

Persoanele beneficiare ale pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate (radiografii dentare) şi tratamentul prescris de medicii de medicină dentară.

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 şi 18 ani dintre categoriile de persoane din cadrul categoriilor prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1 "Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive şi al tratamentelor de medicină dentară."

40. În Anexa 7, după punctul 2 al Capitolului IV, se introduce un nou punct, pct. 3 cu următorul cuprins:

„3. Servicii pentru care plata se face prin tarif exprimat în lei şi tarifele aferente acestora sunt:

Prescripţie medicală electronică on-line şi off-line:

1. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru mai mare sau egal cu 35 ore/săptămână, pentru un număr reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni……...…100 lei/lună;

2. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru mai mare sau egal cu 35 ore/săptămână pentru un număr reprezentând între 50% şi 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni ……..……50 lei/lună.

3. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru între 17,5 inclusiv şi 35 ore/săptămână, pentru un număr reprezentând mai mult de 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni……60 lei/lună;

4. recomandare prescripţii medicale electronice on-line şi off-line /medic cu program de lucru între 17,5 inclusiv şi 35 ore/săptămână pentru un număr reprezentând între 50% şi 70% din numărul total al prescripţiilor medicale recomandate în cadrul unei luni ……..……30 lei/lună.

Suma aferentă acestor servicii se acordă numai pentru semestrul II al anului 2012."

41. În Anexa 8, la articolul 2, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialităţile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat în puncte prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea şi interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi valoarea stabilită pentru un punct. Numai pentru semestrul II al anului 2012 casele de asigurări de sănătate decontează şi contravaloarea serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei prevăzute în Anexa 7 la Cap. I, litera C, pct. C2, subpct. III."

42. În Anexa 8, la articolul 4, alineatele (1) şi (4) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialităţile clinice se calculează prin înmulţirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical. Numai pentru semestrul II al anului 2012, la suma cuvenită lunar se adaugă şi suma aferentă serviciilor a căror plată se face prin tarif exprimat în lei.

(…)

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabileşte trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialităţile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.

Pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012, fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice aferent trimestrului respectiv se scade suma pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei corespunzătoare trimestrului respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical astfel obţinută este valabilă şi pentru serviciile medicale clinice realizate în trimestrul respectiv pentru care decontarea se face din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti şi nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu."

43. În Anexa 8, la articolul 5, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităţilor clinice, se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. La regularizarea trimestrului IV al anului 2012 se au în vedere şi serviciile pentru care plata se face prin tarif exprimat în lei, omise la raportare în perioada în care au fost realizate sau raportate eronat în plus."

44. În Anexa 8, la articolul 14, alineatul (9) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(9) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcţie de:

a) numărul de servicii medicale – consultaţii;

b) numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică şi balneologie realizat atât în cabinetele medicale, cât şi în bazele de tratament, înmulţit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8.5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: Tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună / 10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărţind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi raportate în luna respectivă.

c) suma cuvenită pentru serviciile a căror plată se face prin tarif exprimat în lei prevăzute în Anexa 7, capitolul IV, pct. 3. Această sumă se acordă numai pentru semestrul II al anului 2012."

45. În Anexa 8, articolul 16 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 16 (1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice şi de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin, se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din specialităţile clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătăţii au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin; în această situaţie medicii din specialităţile clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătăţii pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situaţie în care medicii raportează in format electronic la casa de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activităţii lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanţei prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultaţia în registrul de consultaţii, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripţiei medicale."

46. În Anexa 8, la articolul 17, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, pot fi angajaţi numai medici şi/sau dentişti, precum şi alte categorii de personal în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare, cu excepţia persoanelor care îşi desfăşoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiştii angajaţi nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie şi de medicină dentară, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, folosind formularul de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, dacă din motive justificate nu poate fi utilizată prescrierea electronică, cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat**.** Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate."

47. În Anexa 12, la articolul 7, punctele 12, 30 şi 31 se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai

utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;"

(…)

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situaţie în care medicii raportează la casa de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activităţii lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanţei prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultaţia în registrul de consultaţii, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripţiei medicale."

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;"

48. În Anexa 12, la articolul 7, punctul 27 se abrogă.

49. În Anexa 12, după punctul 37 al articolului 7, se introduc trei noi puncte, pct. 38, pct. 39 şi pct. 40 cu următorul cuprins:

„38) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu si fără contribuţie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special –off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line.

39) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

40) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la pct. 39, toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012."

50. În Anexa 12, la articolul 8, alineatele (1) şi (3) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe serviciu exprimat în lei numai pentru semestrul II al

anului 2012, tarif pe consultaţie şi tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(…)

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi prin tarif pe serviciu exprimat în lei se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare."

51. În Anexa 12, la articolul 9, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate, se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de ..... Pentru serviciile medicale decontarea se face la valoarea minimă garantată pentru un punct unică pe ţară, iar pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012 şi la nivelul tarifului pe serviciu exprimat în lei.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct. La regularizarea trimestrului IV al anului 2012 se au în vedere şi serviciile pentru care plata se face prin tarif exprimat în lei."

52. În Anexa 12, după alineatul (3) al articolului 13 se introduc trei noi alineate, alin. (3^1), alin. (3^2) şi alin. (3^3) cu următorul cuprins:

„(3^1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 39 se aplică următoarele sancţiuni:

a) avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a tarifului/serviciu exprimat în lei în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice – pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(3^2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 40 se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(3^3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (3^1) şi (3^2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 7 pct. 39 şi 40 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

53. În Anexa 12, la articolul 13, alineatele (4), (5), (6) şi (7) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (3^1) lit. b) şi (3^2) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare."

54. În Anexa 12, la articolul 14, litera k) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) şi (2), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 13 alin. (3)."

55. În Anexa 14, la articolul 7, punctele 12 şi 27 se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;"

(…)

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate."

56. În Anexa 14, la articolul 7, punctul 30 se abrogă.

57. În Anexa 14, după punctul 32 al articolului 7, se introduc trei noi puncte, pct. 33, pct. 34 şi pct. 35 cu următorul cuprins:

„33) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu si fără contribuţie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special –off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line.

34) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

35) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la pct. 34, toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012."

58. În Anexa 14, după alineatul (3) al articolului 15, se introduc trei noi alineate, alin. (3^1), alin. (3^2) şi alin. (3^3) cu următorul cuprins:

„(3^1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 34 se dă avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(3^2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 35 se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(3^3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (3^1) şi (3^2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 7 pct. 34 şi 35 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

59. În Anexa 14, la articolul 15, alineatele (4), (5), (6) şi (7) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (1), (2), (3) şi (3^2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (3^2) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2), (3) şi (3^2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2), (3) şi (3^2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2), (3) şi (3^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare."

60. În Anexa 14, la articolul 16, litera k) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 15 alin. (3)."

61. În Anexa 15, la articolul 8, punctele 12, 29 şi 30 se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;"

(…)

29. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situaţie în care medicii raportează în format electronic la casa de asigurări de sănătate, la aceeaşi dată prevăzută în contract pentru raportarea activităţii lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul şi seria chitanţei prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultaţia în registrul de consultaţii, numărul şi seria biletului de trimitere/prescripţiei medicale;"

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care

acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;"

62. În Anexa 15, la articolul 8, punctul 24 se abrogă.

63. În Anexa 15, după punctul 37 al articolului 8, se introduc trei noi puncte, pct. 38, pct. 39 şi pct. 40 cu următorul cuprins:

„38) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu si fără contribuţie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special –off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line.

39) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

40) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la pct. 39, toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012."

64. În Anexa 15, articolul 9 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe caz, exprimat în lei, şi numai pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012 şi la tariful pe serviciu exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010."

65. În Anexa 15, la articolul 11, prima teză de la alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultaţii şi a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie realizate şi a tarifelor pe serviciu medical - consultaţie şi a tarifului pe serviciu - medical - caz, în limita sumelor contractate, iar pentru trimestrele III şi IV ale anului 2012 şi la nivelul tarifului/serviciu pentru prescriere electronică exprimat în lei , în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de ....."

66. În Anexa 15, după alineatul (3) al articolului 18 se introduc trei noi alineate, alin. (3^1), alin. (3^2) şi alin. (3^3) cu următorul cuprins:

„(3^1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 8 pct. 39 se aplică următoarele sancţiuni:

a) avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a tarifului/serviciu exprimat în lei în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate de recuperare, medicina fizica si balneologie – pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(3^2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 8 pct. 40 se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru."

(3^3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (3^1) şi (3^2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 8 pct. 39 şi 40 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

67. În Anexa 15, la articolul 18, alineatele (4), (5), (6) şi (7) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (3^1) lit. b) şi (3^2) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2), (3), (3^1) lit. b) şi (3^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare."

68. În Anexa 15, la articolul 19, litera k) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 18 alin. (3)."

69. În Anexa 17, la articolul 3, ultima teză se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în anexa 17A de 1444 lei (tariful pe caz rezolvat ≤ 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1444), şi nu poate fi mai mare de 480 lei."

70. În Anexa 17, la articolul 5, alineatul (1), litera a), ultima teză de la punctul a3), se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Suma disponibilă în bugetul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti pentru calculul sumelor suplimentare se repartizează proporţional spitalelor pe baza formulei de mai sus. Suma suplimentară ce poate fi contractată de casa de asigurări de sănătate cu fiecare spital poate varia cu până la +/- 30% faţă de suma suplimentară repartizată proporţional spitalelor, în funcţie de particularităţile de la nivel local."

71. În Anexa 17, la articolul 5, alineatul (1), litera g) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de

zi, tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei (tariful pe caz rezolvat ≤ 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1444) şi nu poate fi mai mare de 480 lei. Pentru institutele de boli cardiovasculare tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A la ordin de 1444 lei (tariful pe caz rezolvat ≤ 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1444) şi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful/caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi, nu poate depăşi 25% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, astfel:

- pentru spitalele care în anul 2011 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mari de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări de sănătate contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2012, în limita a maxim 25%, cu următoarele excepţii:
  - unităţile sanitare care derulează programe naţionale de sănătate dar nu mai mult de 50%.
  - institutele de boli cardiovasculare care derulează programe naţionale de sănătate, pentru care se poate depăşi limita de 50%
- pentru spitalele care în anul 2011 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mici de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări de sănătate contractează pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2012 o sumă la nivelul celei decontate în anul anterior majorată cu o sumă reprezentând 5% din suma decontată pentru spitalizarea continuă în anul anterior, dar fără a depăşi 25% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă, pentru anul 2012."

72. În Anexa 17, la articolul 9, alineatul (1), ultima teză de la litera h) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei (tariful pe caz rezolvat ≤ 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1444) şi nu poate fi mai mare de 480 lei. Pentru institutele de boli cardiovasculare tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi reprezintă maxim 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A la ordin de 1444 lei (tariful pe caz rezolvat ≤ 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1444) şi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful/caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare."

73. În tabelul din Anexa 17A, poziţiile 10, 28, 40, 47, 50, 51, 57, 61, 73, 85, 98, 106, 114, 124, 129, 130, 150, 169, 173, 174, 196, 222, 228, 229, 230, 235, 257, 259, 271, 272, 290, 297, 306, 308, 354, 369 şi 372 se modifică şi vor avea următorul cuprins:

"

10.	AG01	Spitalul Judeţean Piteşti	1.2472	1444

(...)

28.	B01	Spitalul Clinic „Sf. Maria" Bucureşti	0.8941	1509

(...)

40.	B11	Institutul Oncologic „Prof.Dr.Al.Trestioreanu" Bucureşti	0.7572	1770

(...)

47.	B15	Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie şi TBC Osteoarticular	1.1607	1910

		„Foişor” Bucureşti		
(...)				
50.	B19	Institutul de Boli Cardiovasculare „C.C.Iliescu” Bucureşti	2.2916	1444
51.	B20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi copilului „Prof. Dr. Alfred Rusescu” Bucureşti	1.0256	1444
(...)				
57.	B28	Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii „M.S.Curie” Bucureşti	1.0056	1444
(...)				
61.	B32	Institutul de Fonoaudiologie şi Chirurgie Funcţională ORL „Prof. Dr. D. Hociotă” Bucureşti	1.1595	1444
(...)				
73.	B80	Spitalul Universitar de Urgenţă „Elias” Bucureşti	1.0588	1469
(...)				
85.	BC 08	SC POLIMED SRL	0.6763	1444
(...)				
98.	BN01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Bistriţa	0.9748	1444
(...)				
106.	BT 01	Spitalul Judeţean de Urgenţă „Mavromati” Botoşani	0.9839	1444
(...)				
114.	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr.I.A.Sbârcea” Braşov	0.8052	1444
(...)				
124.	BV18	Clinicile ICCO SRL	1.7802	1444
(...)				
129.	BZ01	Spitalul Judeţean Buzău	0.9920	1444
130.	BZ02	Spitalul Municipal Râmnicu Sărat	0.8379	1444
(...)				
150.	CL03	Spitalul Orăşenesc Lehliu Gară	0.7611	1444
(...)				
169.	CV01	Spitalul Judeţean „Dr. Fogolyan Kristof” Sfântu Gheorghe	1.1013	1444
(...)				
173.	CV08	SC ANDIMEX SRL	0.5999	1444
174.	DB01	Spitalul Judeţean Târgovişte	1,1425	1444
(...)				
196.	GL01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă „Sf. Apostol Andrei” Galaţi	1.1229	1444
(...)				
222.	IF06	Spitalul Judeţean „Sfinţii Împăraţi Constantin şi Elena” Ilfov	0.8487	1444
(...)				
228.	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof.Dr. G.I.M. Georgescu” Iaşi	2.4213	1444
229.	IS04	Spitalul Clinic „Dr.CI Parhon” Iaşi	1.2477	1806
230.	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Cuza-Vodă” Iaşi	1.0943	1444
(...)				
235.	IS11	Spitalul Clinic de Urgenţă „Prof.Dr. N. Oblu” Iaşi	1.9315	1444
(...)				
257.	M15	Spitalul Militar de Urgenţă „Prof. Dr. Agrippa Ionescu”	1.0754	1444
(...)				
259.	MH01	Spitalul Judeţean Drobeta-Turnu Severin	1.0038	1444
(...)				
271.	MS01	Spitalul Judeţean Clinic de Urgenţă Târgu Mureş	1.7866	1444

272.	MS02	Spitalul Clinic Judeţean Mureş	1.3232	1444
(...)				
290.	OT03	Spitalul Municipal Caracal	0.9496	1444
(...)				
297.	PH07	Spitalul Municipal Câmpina	0.8562	1444
(...)				
306.	PH98	Spitalul Municipal Ploieşti	1.0006	1444
(...)				
308.	SB01	Spitalul Clinic Judeţean Sibiu	1.2396	1444
(...)				
354.	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timişoara	1.8452	1444
(...)				
369.	TR02	Spitalul Municipal Turnu Măgurele	0.6125	1444
(...)				
372.	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Roşiori de Vede	0.8354	1444

"

74. La sfârşitul tabelului din Anexa nr. 17 A se introduce o notă cu următorul cuprins:

„NOTĂ: Modificările poziţiilor prevăzute la punctul 73 intră în vigoare începând cu data de 1 iulie 2012."

75. După Anexa 19 se introduce o nouă anexă, Anexa 19 bis, cu următorul cuprins:

„ Anexa 19 bis

Durata optima de spitalizare pe secţii/compartimente, stabilită de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti

Nr. Crt.	Cod secţie	Sectia sau compartimentul	Durată optimă de spitalizare (zile) - SNSPMPDSB
1	1011	Boli infectioase	7
2	1012	Boli infectioase copii	6
3	1023	HIV/SIDA	7
4	1033	Boli parazitare	5
5	1041	Boli profesionale	10
6	1051	Cardiologie	7
7	1052	Cardiologie copii	6
8	1061	Cronici	12
9	1071	Dermatovenerologie	7
10	1072	Dermatovenerologie copii	7
11	1081	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	6,5
12	1082	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	5
13	1093	Dializa peritoneala	9
14	1101	Endocrinologie	5
15	1102	Endocrinologie copii	5
16	1111	Gastroenterologie	6
17	1121	Geriatrie si gerontologie	12
18	1131	Hematologie clinica	6
19	1132	Hematologie copii	6

20	1141	Hemodializa	3
21	1151	Imunologie clinica si alergologie	6
22	1152	Imunologie clinica si alergologie copii	6
23	1163	Medicină generală	7
24	1171	Medicina interna	8
25	1191	Nefrologie	7
26	1192	Nefrologie copii	6
27	1202	Neonatologie (nn si prematuri)	5
28	1212	Neonatologie (nou nascuti)	5
29	1222	Neonatologie (prematuri) *	17
30	1231	Neurologie	8
31	1232	Neurologie pediatrica	7
32	1241	Oncologie medicala	5
33	1242	Oncopediatrie	7
34	1252	Pediatrie	6
35	1262	Pediatrie (pediatrie si recuperare pediatrica)	5
36	1272	Pediatrie (recuperare pediatrica)	28
37	1282	Pediatrie cronici	13
38	1291	Pneumologie	10
39	1292	Pneumologie copii	11
40	1301	Pneumoftiziologie **	37
41	1302	Pneumoftiziologie pediatrica **	32
42	1311	Psihiatrie acuti	14
43	1312	Psihiatrie pediatrica	8
44	1321	Psihiatrie (Nevroze)	16
45	1333	Psihiatrie cronici	49
46	1343	Psihiatrie (acuti si cronici)	14
47	1353	Toxicomanie	13
48	1363	Radioterapie	12
49	1371	Recuperare, medicina fizica si balneologie	12
50	1433	Reumatologie	9
51	1453	Terapie intensiva coronarieni -UTIC	6
52	1463	Toxicologie	4
53	1473	Sectii sanatoriale	60
54	2013	Arsi	13
55	2023	Anestezie si terapie Intensiva - ATI	4
56	2033	Chirurgie cardiovasculara	9
57	2043	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	9
58	2051	Chirurgie generala	7
59	2063	Chirurgie laparoscopica	6
60	2073	Chirurgie artoscopica	5
61	2083	Chirurgie oncologica	8
62	2092	Chirurgie si ortopedie pediatrica	5
63	2102	Chirurgie pediatrica	6
64	2113	Chirurgie plastica si reparatorie	6
65	2123	Chirurgie toracica	10
66	2133	Chirurgie vasculara	9
67	2141	Ginecologie	4

68	2151	Gineco-oncologie	5
69	2173	Neurochirurgie	7
70	2181	Obstetrica	4
71	2191	Obstetrica-ginecologie	4
72	2201	Oftalmologie	4
73	2202	Oftalmologie copii	6
74	2211	Ortopedie si traumatologie	6
75	2212	Ortopedie pediatrica	6
76	2221	Otorinolaringologie (ORL)	6
77	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	4
78	2241	Sterilitate - infertilitate	3
79	2263	TBC osteo-articular	29
80	2281	Transplant medular adulti	10
81	2282	Transplant medular copii	9
82	2293	Transplant renal	10
83	2301	Urologie	7
84	2302	Urologie pediatrica	7
85	6013	Chirurgie maxilo-faciala	5

*) pentru prematurul mic şi foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

NOTĂ I:

1. La spitalele/secţiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

2. Pentru Secţia Recuperare Neurologie Adulţi "Întorsura Buzăului" din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza" judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Secţiile Recuperare Neuromotorie "Gura Ocniţei" din structura Spitalului judeţean de Urgenţă Târgovişte judeţul Dâmboviţa şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie «Dezna», judeţul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.

3. La spitalele/secţiile aferente poziţiei nr. 49 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici şi patologie posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică şi balneologie, este de 21 de zile, cu excepţia cazurilor complexe după intervenţii neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate şi cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru Secţiile Recuperare Cardiovasculară Adulţi din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară "Dr. Benedek Geza" Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secţia de recuperare, medicină fizică şi balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

NOTĂ II: Anexa 19 bis este utilizată de Ministerul Sănătăţii pentru evaluarea performanţelor manageriale clinice ale spitalelor cu referire la strategia naţională de raţionalizare a spitalelor.”

76. În Anexa 20, la articolul 6, literele k) şi af) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie

personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(…)

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu, prescripţia medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;"

77. În Anexa 20, după litera am) a articolului 6, se introduc patru noi litere, lit. an), lit. ao), lit. ap) şi lit. ar) cu următorul cuprins:

„an) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu si fără contribuţie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special –off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

ap) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la lit. ao), toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012.

ar) să raporteze consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare".

78. În Anexa 20, la articolul 7, alineatul (1), a doua teză de la litera e) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei (tariful pe caz rezolvat ≤ 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1444) , şi nu poate fi mai mare de 480 lei. Pentru institutele de boli cardiovasculare tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat şi grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu naţional prevăzut în Anexa 17A de 1444 lei (tariful pe caz rezolvat ≤ 1/3 x valoarea relativă a cazului x 1444) şi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful/caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

79. În Anexa 20, la articolul 8, preambulul de la alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins;

„(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract la art. 7 lit. a) – lit. am), atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

80. În Anexa 20, după alineatul (1) al articolului 8, se introduc patru noi alineate, alin. (1^1), alin. (1^2), alin. (1^3) şi alin. (1^4) cu următorul cuprins;

„(1^1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 8 lit. ao) se dă avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(1^2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 8 lit. ap) se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(1^3) Nerespectarea obligaţiei de către unităţile sanitare cu paturi prevăzută la art. 8 lit. ar) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:

a) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 7% la valoarea de contract aferentă lunii respective, suplimentar faţă de procentul prevăzut la lit.a);

(1^4) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (1^1) şi (1^2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 8 lit. ao) şi lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

81. În Anexa 20, la articolul 8, alineatele (2) şi (3) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(2) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (1), (1^2) şi (1^3) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (1^2) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1), (1^2) şi (1^3) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate."

82. În Anexa 29, la articolul 6, literele k) şi u) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

(…)

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - prescripţie medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate."

83. În Anexa 29, după litera ae) a articolului 6, se introduc trei noi litere, lit. af), lit. ag) şi lit. ah) cu următorul cuprins:

„af) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu si fără contribuţie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se

poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special –off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line;

ag) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

ah) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la lit. ag), toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012.".

84. În Anexa 29, la articolul 10, preambulul de la alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins;

„(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie prevăzute în prezentul contract la art. 6 lit. a) – lit. ae), atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează: (…)"

85. În Anexa 29 după alineatul (1) al articolului 10, se introduc trei noi alineate, alin. (1^1), (1^2) şi (1^3) cu următorul cuprins:

„(1^1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 6 lit. ag) se dă avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(1^2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 6 lit. ah) se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(1^3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (1^1) şi (1^2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 6 lit. ag) şi lit. ah) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

86. În Anexa 29, la articolul 10, alineatele (2) şi (3) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(2) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (1) şi (1^2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (1^2) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) şi (1^2) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate."

87. În Anexa 30, la articolul 1, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică on-line şi off-line se utilizează dar nu mai tarziu de data de 31.12.2012, prescripţia medicală off-line care este document cu regim special şi se întocmeşte în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul şi o copie) se depun de asigurat la farmacie şi al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripţia. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ştersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante şi psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor

şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, iar formularul de prescripţie medicală cu regim special este considerat prescripţie medicală off-line.

După data de 31.12.2012 se utilizează numai prescripţia electronică on-line şi, în cazuri justificate prescripţia electronică off-line. Prescripţia medicală cu regim special utilizată pentru preparatele stupefiante şi psihotrope îşi păstrează regimul de prescripţie medicală off-line şi după data de 31.12.2012.

88. În Anexa 30, după alineatul (1) al articolului 1, se introduc patru noi alineate, alin. (1^1), alin. (1^2), alin. (1^3) şi alin. (1^4) cu următorul cuprins:

„(1^1) Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripţia medicală electronică on-line şi off-line are două componente: componenta care se completează de către medicul prescriptor şi o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare.

Seria şi numărul prescripţiei medicale electronice on-line şi off-line sunt unice, şi sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate şi atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale/medic care are încheiată convenţie pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate organizează evidenţa prescripţiilor medicale electronice on-line şi a celor electronice off-line, pe medic prescriptor şi vor atribui furnizorilor de servicii medicale/ medicilor care au încheiate convenţii pentru prescriere de medicamente un număr de prescripţii medicale electronice on-line şi off-line, la solicitarea acestora.

(1^2) În cazul prescrierii electronice on-line, în situaţia în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripţiei medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinsă şi îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie şi poate lista un alt exemplar al prescripţiei electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidenţa proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripţiei electronice on-line (componenta eliberare) – ce conţine confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se depune la casa de asigurări de sănătate împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere), factura şi bordero-ul centralizator în vederea decontării. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare), va fi semnat inclusiv de către asigurat/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia. În cazul eliberării medicamentelor prescrise de mai mult de o farmacie, prescripţia medicală (componenta prescriere) se depune la casa de asigurări de sănătate numai de prima farmacie care a eliberat medicamente.

(1^3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situaţia în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu 2 exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidenţa proprie şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripţia medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează şi de asigurat sau persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripţia medicală (componenta prescriere) o ataşează la factura şi borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia îşi poate păstra pentru evidenţa proprie o copie după prescripţia medicală electronică (componenta prescriere).

(1^4) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripţiei electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează şi ştampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidenţa proprie şi 2 exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează şi de asigurat sau persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o ataşează, alături de un exemplar al prescripţiei depusă de asigurat la factura şi borderoul centralizator care se înaintează la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării.”

89. În Anexa 30, articolul 4 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Art. 4 (1) Prescripţia medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informaţiile solicitate în formularul de prescripţie medicală cu regim special, precum şi în formularul de prescripţie medicală electronică, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate .

(2) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală cu regim special, respectiv în formularul de prescripţie medicală electronică, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate."

90. În anexa 30, după alineatul (2) al articolului 5 se introduce un alineat nou, alin. (3) cu următorul cuprins:

„(3) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaţionale (DCI), iar în cazuri justificate medical, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale (DCI) corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, justificarea medicală va avea în vedere efectele secundare sau ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiaşi DCI şi pentru care medicul prescriptor a întocmit fişă de farmacovigilenţă pe care a înaintat-o Agenţiei Naţionale a Medicamentului..

91. În Anexa 30, la articolul 7, alineatele (1) şi (2) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenţie medicul prescriptor.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripţia medicală, pe care se menţionează numele, prenumele, adresa completă numai pentru formularul cu regim special- off line prescrisă în 3 exemplare, seria şi numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal (CNP))/ număr card european/număr paşaport, data eliberării.

(2) În situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripţia medicală cu regim special- off line prescrisă în 3 exemplare, acestea se anulează în faţa primitorului pe toate exemplarele prescripţiei medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective.

Pentru prescripţia electronică on-line şi off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripţie, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripţie numai cu medicamentele eliberate şi va lista un exemplar al acesteia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziţiei/poziţiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunţă, şi care se depune de farmacie la casa de asigurări de sănătate. În această situaţie medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripţia electronică on-line în care medicul prescripror are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie şi la care asiguratul nu renunţă, şi care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar (componenta eliberare) cu DCI/medicamentele eliberate care va fi înmânat asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie.

Pentru prescripţia electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripţia se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunea C1 şi C3, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripţiei. În cazul în care, medicamentele eliberate în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai

mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe verso-ul prescripţiei.”

92. În Anexa 30, la articolul 10, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii medicale în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1.389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte. Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european şi ţara pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv numărul paşaportului, ţara şi tipul de formular pentru beneficiarii formularelor europene. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum şi prescripţiile eliberate pentru titularii de card european şi beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european).

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1.389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripţiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum şi pentru sumele decontate pentru prescripţiile eliberate pentru titularii de card european şi beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european).”

93. În Anexa 31, la articolul 7 literele n) şi y) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat" DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe toate exemplarele prescripţiei medicale - formular cu regim special off-line completat în trei exemplare, în condiţiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

y) să întocmească evidenţe distincte, conform prevederilor legale în vigoare, pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/71 al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligaţia să raporteze lunar

caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale documentele justificative care atestă serviciile acordate pentru această categorie de persoane;”

94. În Anexa 31, la articolul 8, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora. În situaţia în care în acelaşi formular de prescripţie se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai CNAS, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv ţara, numărul paşaportului şi tipul de formular pentru beneficiarii formularelor europene. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum şi prescripţiile eliberate pentru titularii de card european şi beneficiarii formularelor europene.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.”

95. În Anexa 36, la articolul 4, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„f) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanţă cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;”

96. În Anexa 36, după litera g) a articolului 4, se introduc patru noi litere, lit. h), lit. i), lit. j) şi lit. k) cu următorul cuprins:

„h) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere pentru servicii medicale clinice şi paraclinice, prescripţia medicală, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;”

i) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu si fără contribuţie personala in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepţie, până la data de 31.12.2012 inclusiv, în situaţii justificate, prescrierea medicamentelor se

poate face utilizând formularul de prescripţie medicală cu regim special –off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripţia medicală electronică on-line şi off-line.

j) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situaţia în care nu a putut fi pusă în aplicare obligaţia prevăzută anterior aceştia au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenţie prescripţiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

k) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la lit. j), toate prescripţiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau au obligaţia să raporteze la casa de asigurări de sănătate la data prevăzută în contract/convenţie, în format electronic, prescripţiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012."

97. În Anexa 36, după articolul 4, se introduce un nou articol, art. 4^1 cu următorul cuprins:

„Art. 4^1 (1) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 4 lit. j) se dă avertisment – pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligaţiei din cadrul unui trimestru;

(2) În cazul în care, în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 4 lit. k) se reţine o sumă egală cu contravaloarea prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(3) Reţinerea sumelor prevăzute la alin. (2) şi art. 4 lit. h) se face prin plată directă sau prin executare silită atât pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate cât şi pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic."

(6) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (1) şi (2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 4 lit. j) şi lit. k) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripţiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori luând în considerare şi perioada de valabilitate a prescripţiilor medicale."

98. În Anexa 36, la articolul 5, litera b) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„b) nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 4 lit. a) – h) asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;"

Art. II. - În tot cuprinsul Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011, sintagma „cod numeric personal (CNP)" se înlocuieşte cu sintagma „cod numeric personal /cod unic de asigurare, după caz".

MINISTRUL SĂNĂTĂŢII ,

VASILE CEPOI

PREŞEDINTELE CASEI NAŢIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE,

DORU BĂDESCU