

APROBAT
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
NICOLAE BĂNICIOIU

APROBAT
PREȘEDINTE
VASILE CIURCHEA

REFERAT

de aprobare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru modificarea și completarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015

Având în vedere:

- prevederile Hotărârii de Guvern nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu modificările și completările ulterioare;

- dispozițiile art. 217 alin. (4) și art. 281 alin. (2) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

propunem aprobarea Ordinului anexat, cu mențiunea că prevederile proiectului de act normativ au avut în vedere:

✓ punerea în aplicare a reglementărilor **Hotărârii de Guvern nr...../2015** privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015;

✓ îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale paraclinice, la unele servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, unele servicii spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, precum și la unele dispozitive medicale;

✓ în coroborare cu modificările și completările aduse Hotărârii Guvernului nr. 400/2015, cu modificările și completările ulterioare, au fost aduse unele completări, pentru clarificare, reglementărilor privind suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, precum și a reglementărilor privind suspendarea contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate.

Având în vedere cele de mai sus, supunem aprobării prezentul referat și proiectul de Ordin anexat.

**SECRETAR GENERAL
GABRIEL FLORIN PUȘCĂU**

**DIRECTOR GENERAL
RADU ȚIBICHI**

Nr./.....2015

Nr./.....2015

ORDIN

pentru modificarea și completarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015

Având în vedere Referatul de aprobare nr. NB/.....2015 al Ministerului Sănătății și nr. DG/.....2015 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 217 alin. (4) și art. 281 alin. (2) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. I

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 220 și 220 bis din 1 aprilie 2015, se modifică și se completează după cum urmează:

1. **În Anexa 7, la litera A, punctul 1, se abrogă nota de la subpunctul 1.1.**

2. **În Anexa 8, alineatul (5) al articolului 11 se modifică și va avea următorul cuprins:**

“(5) Furnizorul de servicii medicale clinice recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situația în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se recoltează probă/probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice și servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoți proba/probele recoltate pe care medicul le trimite la furnizorul de investigații paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe proprie răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).”

3. **În Anexa nr. 20, la Capitolul II, punctul 1, subpunctul A, ultimele două liniițe de la litera g) ”computer tomografie” se modifică și vor avea următorul cuprins:**

- sistem pentru monitorizarea nivelurilor
de doză de referință 10 puncte
- sistem pentru justificarea și optimizarea
dozelor de iradiere 10 puncte

4. **În Anexa 21, litera aa) de la articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:**

aa) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective; suspendarea contractului operează de la data

notificării furnizorului cu privire la măsurile dispuse de organele de control ale casei de asigurări de sănătate și operează până la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate, dar nu mai târziu de data de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; în situația în care soluționarea de către instituțiile abilitate a sesizării este finalizată în perioada de suspendare a contractului și decizia este în defavoarea furnizorului, contractul se reziliază de plin drept, iar în caz contrar încetează suspendarea contractului;”

5. **În Anexa 22, capitolul I, litera B, la subpunctul B.3.2., pozițiile 48, 49, 50 și 51 se modifică și vor avea următorul cuprins:**

”

48	Terapia distoniilor musculare cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale / paraliziiilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1461,05lei/ trimestru
49	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează spasticitate cu dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg;	905,28 lei/asigurat/ trimestru
50	Terapia distoniilor musculare fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru adulți; Terapia paraliziiilor cerebrale / paraliziiilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate peste 25 kg	1245,12 lei/ trimestru
51	Terapia paraliziiilor cerebrale/paraliziiilor care generează spasticitate fără dirijare electromiografică (cervicale, craniofaciale, ale membrelor, laringiene etc.) cu toxină botulinică pentru copii cu greutate sub 25 kg	689,35 lei/asigurat/ trimestru

”

6. **În anexa nr. 27, la litera B, punctul 2, după subpct. 2.7. se introduce un nou subpct., subpct. 2.8 cu următorul cuprins:**

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

7. **În Anexa 30, la litera A, poziția 29 se modifică și va avea următorul cuprins:**

”

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

”

8. În Anexa 36, la articolul 1, după ultima teză a alineatului (3) se introduce o teză nouă cu următorul cuprins:

” În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european / titular de formular european / pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.”

9. În Anexa 36, la articolul 1, după ultima teză a alineatului (4) se introduce o teză nouă cu următorul cuprins:

”În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european / titular de formular european / pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.”

10. În Anexa 36, articolul 1, după ultima teză a alineatului (5) se introduce o teză nouă cu următorul cuprins:

”În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european / titular de formular european / pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.”

11. În Anexa 36, alineatul (5) al articolului 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

”(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, justificarea medicală va avea în vedere reacții

adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice, inclusiv pentru DCI - Combinații.”

12. În anexa nr. 36, la articolul 7, ultimul paragraf al alineatului (2) și alineatul (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) (...) Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și sublista D ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În toate situațiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice aferente căii de administrare și concentrației prescrise de medic.

(...)

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.”

13. În anexa nr. 36, alineatele (1) și (2) ale articolului 10 se modifică și vor avea următorul cuprins:

(1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

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

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

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

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

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

În acest borderou nu sunt cuprinse a medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

În borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultate, cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, sunt evidențiate distinct: medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 după caz.

(2) În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator. În factura aferentă fiecărui borderou centralizator sunt evidențiate distinct sumele corespunzătoare subtotalurilor din borderoul centralizator.

14. În anexa nr. 36, la articolul 14, preambulul alineatului (1) și litera c) de la alineatul (1) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro. și se actualizează în următoarele condiții:

(...)

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru medicamentele din sublistele A, B, C - Secțiunile C1 și C3 și din sublista D.

Deținătorul autorizației de punere pe piață a medicamentului prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților și are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția

avizelor de diminuare de preț pentru medicamentele existente în lista menționată la alin. (1) și a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.”

15. În Anexa 36, la articolul 17, după alineatul (1) se introduce un alineat nou, alin. (1¹) cu următorul cuprins:

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

16. În Anexa 36, la articolul 17, după alineatul (2) se introduce un alineat nou, alin. (2¹) cu următorul cuprins:

(2¹) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1¹) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.”

17. În anexa nr. 37, literele a), c), r), ș), aa) și ab) ale articolului 7 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință - pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D;

(...)

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative, cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în evidența cantitativ valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate

sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate conform facturilor, aceasta procedeză la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective; suspendarea contractului operează de la data notificării furnizorului cu privire la măsurile dispuse de organele de control ale casei de asigurări de sănătate și operează până la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate, dar nu mai târziu de data de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate; în situația în care soluționarea de către instituțiile abilitate a sesizării este finalizată în perioada de suspendare a contractului și decizia este în defavoarea furnizorului, contractul se reziliază de plin drept, iar în caz contrar încetează suspendarea contractului;”

(...)

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

(...)

ș) să elibereze medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primatorului pe prescripție - componenta eliberare;

(...)

aa) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și să transmită caselor de

asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, odată cu raportarea lunară conform lit. r), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

ab) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale odată cu raportarea lunară conform lit. r), copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente;

18. În anexa nr. 37, la articolul 7, după litera af) se introduce o nouă literă, lit. ag) cu următorul cuprins:

„ag) să elibereze conform prevederilor legale în vigoare și să întocmească evidențe distincte, pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat;

19. În anexa nr. 37, alineatul (1) al articolului 8, se modifică și va avea următorul cuprins:

„(1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor documente: facturi și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă, componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

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

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

3. medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european

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

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

În acest borderou nu sunt cuprinse a medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

În borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultate, cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, sunt evidențiate distinct: medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 după caz.

În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, inclusiv pentru medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante. Pentru medicamentele aferente contractelor cost-volum-rezultat furnizorii au obligația să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele respective, numai borderourile centralizatoare și prescripțiile medicale off-line, urmând ca facturile să se transmită/depună la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în contract, în luna următoare celei în care s-a finalizat evaluarea rezultatului medical; facturile se vor întocmi numai pentru prescripțiile medicale aferente pacienților pentru care s-a obținut rezultatul medical, conform datelor puse la dispoziție de casa de asigurări de sănătate.

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

20. În Anexa 37, la articolul 10, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 7 lit. a) - f), h), j) - x), z) - ab), ae) și ag) se aplică următoarele sancțiuni: (...).

21. În Anexa 37, la articolul 11, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alin. (1¹) cu următorul cuprins:

”(1¹) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează medicamentele care fac

obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din O.U.G. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, în termen de 60 de zile de la validarea facturii.”

22. În Anexa 37, la articolul 11, după alineatul 2 se introduce un nou alineat, alin. (2¹) cu următorul cuprins:

(2¹) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1¹) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmaciile și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.”

23. În Anexa 38, la litera A, punctul 9, la **), ultima liniuță de la lit. a2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”- pneumologi, cardiologi, oncologi și pediatri care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.”

24. În Anexa 38, la litera A, punctul 9, ultimele două liniuțe de la ***) se modifică și vor avea următorul cuprins:

” - medic pneumolog, medic pneumolog cu atestat în Managementul general, clinic și terapeutic al tulburărilor respiratorii Somnologie (nivel I și II) și în Ventilație non-invazivă (nivel III) care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.

- medic cu specialitatea anestezie și terapie intensivă care sunt în contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale.”

25. În Anexa 39 la articolul 6, a șasea liniuță de la alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

”- confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu, se face sub semnătura beneficiarului sau a unui membru al familiei acestuia - părinte, soț/soție, fiu/fiică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate și a codului numeric personal/codul unic de asigurare sau după caz, a pașaportului persoanei care semnează de primire.”

26. În Anexa 39, la articolul 6, la sfârșitul alineatului (3) se introduce o teză nouă cu următorul cuprins:

”În situația în care beneficiarul dispozitivul medical este titular de formular european / pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la ridicarea dispozitivului medical de la furnizor va prezenta actul de identitate/ pașaportul, după caz.”

27. În Anexa 42, a 4-a liniuță de la pct. I se modifică și va avea următorul cuprins:

- Centre de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS/casele de asigurări de sănătate, după caz,, prin contractul nr., cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentat prin, codul unic de înregistrare și contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr., deschis la Banca

28. În Anexa 42, pct. II, litera D a articolului 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

” D. Medicii din centrele de dializă privată aflate în relație contractuală cu CNAS/casele de asigurări de sănătate, după caz”

29. În Anexa 47, punctul 11, litera a) a subpunctului 11.5 se modifică și va avea următorul cuprins:

” 11.5 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimitere se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimitere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie, citologie și microbiologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimitere fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.”

ART. II

Prezentul ordin intră în vigoare la data de 2015 și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății

Nicolae BĂNICIOIU

**Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate,
Vasile CIURCHEA**