GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE
pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, precum şi prelungirea aplicării prevederilor acesteia

În temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. I

Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din 28 iunie 2021, cu modificările şi completările ulterioare, se modifică şi se completează după cum urmează:

1. La anexa 1, la Capitolul I, litera A punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.1.2. Consultaţii în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice

1.1.2.1 Consultaţiile în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice se acordă în condiţiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme.”

2. La anexa 1, la Capitolul I, litera A punctul 1.2, subpunctul 1.2.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice.”

3. La anexa 1, la Capitolul I, litera A, punctul 1.2, subpunctul 1.2.5 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.”

4. La anexa 1, Capitolului I litera A, după punctul 1.2.5., se introduc trei noi puncte, punctele 1.2.6., 1.2.7. și 1.2.8, cu următorul cuprins:

„1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.8. Servicii preventive furnizate cu ocazia acordării altor tipuri de consultații pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat."

5. La anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1.1., subpunctul 1.1.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1.1.2. Consultaţii în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice

1.1.2.1 Consultaţiile în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice se acordă în condiţiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la pct. 1.3.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemoepidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme."

6. La anexa 1, la Capitolul II, litera A, punctul 1.2., subpunctele 1.2.2, 1.2.3 și 1.2.5 se modifică și vor avea următorul cuprins:

„1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei: depistarea sarcinii, luarea în evidenţă a gravidei, supravegherea sarcinii şi urmărirea lăuzei.

Consultaţiile pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate şi la 4 săptămâni de la naştere se acordă la domiciliu.

1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice.

……

1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepție;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc."

7. La anexa 1, Litera A a Capitolului II, după punctul 1.2.5., se introduc trei noi puncte, punctele 1.2.6., 1.2.7. și 1.2.8, cu următorul cuprins:

„1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților din populația generală și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.8. Servicii preventive furnizate cu ocazia acordării altor tipuri de consultații pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat."

8. La anexa 1, Nota de la pct. 1.7. de la lit. B al Capitolul II, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Terapiile psihiatrice și terapiile de genetică medicală pot fi acordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme."

9. La anexa 1, pct. 1.8 de la lit. B al Capitolul II, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„1.8. Serviciile de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie şi psihopedagogie specială - logopezi şi pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii care acordă servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum şi cu medicii de specialitate cu următoarele specialităţi clinice:

a) cardiologie;
b) diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice;
c) hematologie;
d) medicină fizică şi de reabilitare.
e) nefrologie şi nefrologie pediatrică;
f) neurologie şi neurologie pediatrică;
g) oncologie medicală;
h) oncologie şi hematologie pediatrică;
i) otorinolaringologie;
j) pneumologie;
k) psihiatrie şi psihiatrie pediatrică;”

10. La anexa 1, pct. 1.8.1. de la lit. B a Capitolului II, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„1.8.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:

a) cardiologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

b) diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

c) hematologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

d) medicină fizică şi de reabilitare:

d1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

d2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped;

e) nefrologie şi nefrologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

f) neurologie şi neurologie pediatrică:

f1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

f2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

g) oncologie medicală: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

h) oncologie şi hematologie pediatrică: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

i) otorinolaringologie:

i1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

i2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

j) pneumologie: servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

k) psihiatrie şi psihiatrie pediatrică:

k1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie;

k2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;

l) îngrijiri paliative:

l1) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie,

l2) servicii furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped."

11. La anexa 1 Capitolului II litera F, punctul 6 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„6. Criteriile de internare în spitalizare de zi, lista afecţiunilor/diagnosticelor - caz rezolvat medical, lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală, lista serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi, precum şi tarifele aferente acestora sunt detaliate în norme."

12. La anexa 1 Capitolului II litera H.1., litera j) se abrogă.

13. La anexa 1 Capitolului II litera K, punctul 9 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„9. echipamente pentru oxigenoterapie, ventilaţie noninvazivă şi suport de presiune pozitivă continuă CPAP/BPAP;"

14. La anexa 1 Capitolului II lit. K, după punctul 12, se întroduce un nou punct, punctul 13, cu următorul cuprins:

„13. dispozitive compresive"

15. La anexa nr. 2 articolul 2, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât şi pentru mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară, cu excepţia situaţiei furnizorilor care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, se stabilesc pe unităţi administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică şi ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. La lucrările comisiei participă cu rol consultativ reprezentanţi ai autorităţilor administraţiei publice locale, precum şi ai patronatului judeţean al medicilor de familie şi ai asociaţiei profesionale judeţene a medicilor, în condiţiile în care sunt constituite astfel de organizaţii la nivel local.

Necesarul de medici de familie cu liste proprii la nivel judeţean/la nivelul municipiului Bucureşti cuprinde şi numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relaţie contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumită în continuare CAS AOPSNAJ."

16. La anexa nr. 2 articolul 4, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(2) Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenţei medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, este de 1.500."

17. La anexa nr. 2, articolul 5, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcţionează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moaşă, indiferent de numărul de asiguraţi înscrişi pe listă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moaşei este de minimum o jumătate de normă."

18. La anexa nr. 2 articolul 6 alineatul (1), după litera j) se introduce o nouă literă, litera k), cu următorul cuprins:

“k) lista bolnavilor cu afecțiuni cronice înscriși pe lista medicului de familie.”

19. La anexa nr. 2 articolul 7, literele i) și z) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„i) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

……..

z) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;”

20. La anexa nr. 2 articolul 7, litera l) se abrogă.

21. La anexa nr. 2 articolul 7, după litera z) se introduce o nouă literă, litera aa), cu următorul cuprins:

„aa) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice conform normelor, şi să raporteze în format electronic această evidenţă casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici. Condiţiile desfăşurării acestei activităţi se stabilesc prin norme;”

22. La anexa nr. 2 articolul 9, litera g) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare; ”

23. La anexa nr. 2 articolul 13, alineatele (1) și (2) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate încheie convenţie de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical şi casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei. Prin excepție, medicul de familie nou venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate, încheie convenție de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă de maximum 9 luni.

(2) Dacă la sfârşitul celor 6 luni medicul de familie nou-venit într-o localitate din mediul urban nu a înscris numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listă stabilit potrivit art. 2 alin. (4), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligaţia din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 6 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise, stabilit potrivit art. 2 alin. (4). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 6 luni, conform deciziei comisiei prevăzute la art. 2 alin. (1); Pentru medicul de familie nou venit într-o localitate din mediul rural, la sfârșitul celor 6 luni, respectiv 9 luni, după caz, casa de asigurări de sănătate încheie contract

de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul și-a constituit-o până la data încheierii contractului.”

24. La anexa nr. 2 articolul 13, după alineatul (6) se introduce un nou alineat, alineatul (7), cu următorul cuprins:

„ (7) În cazul rezilierii, încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate, fără preluare de praxis, fișele medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie respectiv vor fi predate de către medicul repecvtiv, cu proces verbal, către casa de asigurări de sănătate.”

25. La anexa nr. 2 articolul 14, alineatul (1), după litera b) a se introduce o nouă literă, litera c), cu următorul cuprins:

„c) plata pe performanță.”

26. La anexa nr. 2 articolul 14, după alineatul (2) se introduce un alineat nou, alineatul (2^1), care va avea următorul cuprins:

„(2^1) Pentru atingerea unor ținte în acordarea unor servicii medicale din asistența medicală primară, plata furnizorilor de servicii medicale se poate realiza și prin plata în funcție de performanță, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a acestuia.”

27. La anexa nr. 2 articolul 14, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (3^1) cu următorul cuprins:

„(3^1) Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita şi pe serviciu, fondul aprobat pentru anul 2023 pentru aferent asistenţei medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. fondul alocat pentru trimestrul I 2023, inclusiv suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3) din anexa nr. 2 la prezenta hotărâre şi suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior;

2. fondul alocat pentru perioada aprilie - decembrie 2023, din care:

2.1. fondul destinat plăţii activităţii desfăşurate de medicii de familie nou-veniţi într-o localitate care desfăşoară activitate în cabinete medicale, în condiţiile stabilite prin norme;

2.2. fond destinat plății în funcție de performanță, cu respectarea dispozițiilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, într-un procent de ...% din fondul rezultat ca diferență între fondul prevăzut la punctul 2 și cel prevăzut la punctul 2.1.

2.3. fondul destinat plăţii per capita şi plăţii pe serviciu medical, rezultat ca diferenţa între fondul prevăzut la pct. 2 şi cele prevăzute la pct. 2.1 și 2.2, care se repartizează astfel:

a) ...% pentru plata per capita;

b) ....% pentru plata pe serviciu medical.”

28. La anexa nr. 2 articolul 14^1, alineatele (6) și (7) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(6) Actul adiţional prevăzut la alin. (3) este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2023, şi poate fi prelungit pe toată durata de aplicabilitate a H.G. nr. 696/2021, cu modificările şi completările ulterioare, pe durata derulării contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale în asistența medicală primară.

(7) Actul adiţional prevăzut la alin. (6) se suspendă în situaţia în care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară a fost suspendat; suspendarea operează pentru aceeaşi perioadă.

Actul adiţional prevăzut la alin. (6) încetează începând cu data de la care contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară a încetat sau a fost reziliat, după caz.”

29. La anexa nr. 2, articolul 15, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate din mediul urban beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din:

a) o sumă reprezentând plata per capita pentru o listă echilibrată de 800 de asiguraţi, calculată prin înmulţirea numărului de puncte per capita cu valoarea garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asiguraţi, prevăzut în norme, se ajustează în raport cu gradul profesional şi cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea;

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, calculată prin înmulţirea sumei stabilite potrivit lit. a) cu 1,5.

(2) Medicul de familie nou-venit într-o localitate din mediul rural beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din sume stabilite potrivit alin. (1) lit. a) și b), majorat cu 50%.

(3) Prin excepție de la prevederile alin. (2), medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă localitate, la momentul contractării, beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 9 luni, de un venit care este format din sume stabilite potrivirt alin. (1) lit. a) și b), majorat cu 100%.”

30. La anexa nr. 2 după aliniatul (5) al articolul 16, se introduc trei noi alineate, alineatul (6), (7) și (8) cu următorul cuprins:

„(6) Decontarea serviciilor medicale realizate, raportate și nedecontate lunar medicilor de familie, care depășesc limitele stabilite prin norme, se realizează în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, în limita creditelor de angajament aprobate, astfel :

a) pentru perioada ianuarie-septembrie 2023 se decontează suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferente perioadei menționate, realizate, raportate și nedecontate lunar fiecărui furnizor, cu valoarea garantată a punctului pe serviciu stabilită pentru anul respectiv; calculul acestor sume se realizează până în data de 25 octombrie 2023 și se decontează în luna noiembrie.

b) pentru trimestrul 4 2023 se decontează suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferente serviciilor acordate în trimestrul 4, realizate, raportate și nedecontate lunar fiecărui furnizor, cu valoarea garantată a punctului pe serviciu valabilă în trimestrul respectiv; calculul acestor sume se realizează până în data de 25 ianuarie a anului următor și se plătește în luna februarie a anului următor.

(7) Serviciile medicale realizate de medicii de familie începând cu 1 ianuarie 2023 care depășesc limitele stabilite potrivit prevederilor art. 1 alin. (2) lit. a), pct. 3, art. 1 alin. (3), lit. b) şi alin. (1) şi (2) ale prezentului articol, şi care nu sunt decontate potrivit alin. (6) sunt incluse în plata per capita, aferentă anului 2023.

(8) Suma corespunzătoare plății pe performanță se acordă în luna decembrie 2023, pentru atingerea unor ținte în acordarea unor servicii medicale din asistența medicală primară de către medicii de familie în perioada aprilie – noiembrie 2023.”

31. La anexa nr. 2 articolul 17, alineatul (1) şi alineatul (2) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract şi nerespectarea prevederilor art. 13 alin. (4), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program.

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) - h), j), k), m) - o), q) - v), z) şi aa), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 7 lit. ş), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii."

32. La anexa nr. 2 articolul 17, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (5^1) cu următorul cuprins:

„(5^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii."

33. La anexa nr. 2 articolul 17, alineatele (6) – (9) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^1) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^1) se face prin plată directă sau executare silită efectuată 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. (1) - (5^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (5^1), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie."

34. La anexa nr. 2 articolul 18 alineatul (1), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;"

35. La anexa nr. 2 articolul 23 alineatul (1), litera h) se modifică şi va avea următorul cuprins:
„h) actul doveditor privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv furnizorul de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare, şi furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă şi calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, şi, după caz, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare;”

36. La anexa nr. 2 articolul 24 literele f), p), q) și v), se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„f) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa dintre părţi prevăzute în contract;

……..

p) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme;

q) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului;

.....

v) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;”

37. La anexa nr. 2 articolul 24, litera j) se abrogă.

38. La anexa nr. 2 articolul 24, după litera w) se introduce o nouă literă, litera w^1), cu următorul cuprins:

„w^1) să respecte prevederile art. 156^1, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;”

39. La anexa nr. 2 articolul 24, după litera x) se introduce o nouă literă, litera y), cu următorul cuprins:

„y) medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare la întocmirea planului de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare să recomande maximum 4 proceduri.”

40. La anexa nr. 2 articolul 26, litera g) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare;”

41. La anexa nr. 2 articolul 26, după litera p) se introduce o nouă literă, litera r), cu următorul cuprins:

„r) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 156^1.”

42. La anexa nr. 2, articolul 29 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ART. 29

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal. Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcţionează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moaşă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moaşei este de minimum o jumătate de normă.”

43. La anexa nr. 2 articolul 32, alineatul (3) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(3) Fac excepţie de la prevederile alin. (2) urgenţele şi afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, prevăzute în norme, serviciile de planificare familială, precum şi serviciile medicale în scop diagnostic - caz, prevăzute la art. 27 alin. (6).”

44. La anexa nr. 2 articolul 33, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (4) cu următorul cuprins:

„(4) Decontarea serviciilor medicale realizate, raportate și nedecontate lunar medicilor de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, care depășesc limitele stabilite prin norme, se realizează în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, în limita creditelor de angajament aprobate, astfel :

a) pentru perioada ianuarie-septembrie 2023 se decontează suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferente perioadei menționate, realizate, raportate și nedecontate lunar fiecărui furnizor, cu valoarea garantată a punctului pe serviciu stabilită pentru anul respectiv; calculul acestor sume se realizează până în data de 25 octombrie 2023 și se decontează în luna noiembrie.

b) pentru trimestrul 4 2023 se decontează suma rezultată din înmulțirea numărului de puncte aferente serviciilor acordate în trimestrul 4, realizate, raportate și nedecontate lunar fiecărui furnizor, cu valoarea garantată a punctului pe serviciu valabilă în trimestrul respectiv; calculul acestor sume se realizează până în data de 25 ianuarie a anului următor și se plătește în luna februarie a anului următor.”

45. La anexa nr. 2 articolul 35, preambulul de la alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 24 lit. a), c), d), g), i), k) – m), p) – ş), v), w), w^1), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, se aplică următoarele sancţiuni: (…)”

46. La anexa nr. 2 articolului 35, după alineatul (5) se introduc două noi alineate, alineatul (5^1) și (5^2) cu următorul cuprins:

„(5^1) Pentru nerespectarea obligației prevăzută la art. 24 lit. y) se reține contravaloarea consultației.

(5^2) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.”

47. La anexa nr. 2 articolul 35, alineatele (1), (6), (7), (8) și (9) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică şi de reabilitare, pentru planificare familială şi pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură/contravaloarea serviciilor medicale în scop diagnostic - caz aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;

.....

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^2) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^2) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie."

48. La anexa nr. 2 articolul 36 alineatul (1), litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;"

49. Titlul Capitolului III, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Asistenţa medicală ambulatorie de medicină fizică şi de reabilitare"

50. La anexa nr. 2 articolul 39, preambulul alineatului (2) şi alineatul (3) ale se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(2) Asistenţa medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare se asigură cu personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, şi se acordă prin:

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de medicină fizică şi de reabilitare în **ambulatoriu** pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenţei a cel puţin unui fizioterapeut care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, şi dotarea necesară conform legislaţiei în vigoare."

51. La anexa nr. 2 articolul 41 alineatul (1), literele e) şi l) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;

.....

l) autorizaţie de liberă practică pentru fizioterapeuţi eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România valabilă la data încheierii contractului şi reînnoită pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, respectiv documentul care atestă pregătirea profesională pentru masajul limfedemului, după caz."

52. La anexa nr. 2 articolul 41 alineatul (1), litera j) se abrogă.

53. La anexa nr. 2 articolul 41, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (3^1) cu următorul cuprins:

„(3^1) Planurile de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberate de medicii de specialitate medicină fizică şi de reabilitare emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, îşi păstrează valabilitatea, cu condiția ca procedurile specifice de medicină fizică şi de reabilitare recomandate să se regăsească în pachetul de bază."

54. La anexa nr. 2 articolul 42, literele e), f) şi m) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„e) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul

furnizorului/punctului de lucru să fie acoperit fizioterapeut/fizioterapeuţi care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la furnizor/punctul de lucru respectiv;

f) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

…….

m) să acorde servicii de medicină fizică şi de reabilitare asiguraţilor numai pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme; să nu acorde servicii de asistenţă medicală de medicină fizică şi de reabilitare asiguraţilor în baza unui Plan de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare cu mai mult de 4 proceduri recomandate. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatul Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, serviciile se acordă pe baza planului eliberat de medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare, al cărui model este prevăzut în norme;”

55. La anexa nr. 2 articolul 42, literele i) și n) se abrogă.

56. La anexa nr. 2 articolul 42, după litera q) se introduc două noi litere, litera r) și s), cu următorul cuprins:

“r) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

s) să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor utilizate pentru acordarea de servicii medicale, conform specificaţiilor tehnice.”

57. La anexa nr. 2 articolul 44, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„f) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;”

58. La anexa nr. 2 articolul 45, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii de medicină fizică şi de reabilitare cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.”

59. La anexa nr. 2 articolul 48, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Furnizorul îşi stabileşte programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraţilor pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână şi minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate;”

60. La anexa nr. 2 articolul 52, preambulul alineatului (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

“(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 42 lit. a), c), d), g), j), k), o) și r) se aplică următoarele sancţiuni: (…)”

61. La anexa nr. 2 articolul 52, după alineatul (4) se introduc două noi alineate, alineatele, (4^1) şi (4^2) cu următorul cuprins:

„(4^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(4^2) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie, se recuperează suma corespunzătoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toată perioada pentru care furnizorul nu deține acest document.”

62. La anexa nr. 2 articolul 52, alineatele (5) - (8) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4^2) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4^2), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4^2) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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. (1) - (4^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.”

63. La anexa nr. 2 articolul 53, alineatul (1) literele c) şi e) ~~m)~~ se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor și care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile, după caz, pe bază de documente justificative;

.....

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ certificat de membru OAMGMAMR nu este avizată/ avizat pe perioada cât personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;"

64. La anexa nr. 2 articolul 54, litera g) se modifică şi va avea următorul cuprins:
„g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a fizioterapeutului/personalului medico-sanitar timp de 3 zile consecutive;"

65. La anexa nr. 2 articolul 59, literele f) și t) se modifică şi vor avea următorul cuprins:
„f) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;
.....
t) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;"

66. La anexa nr. 2 articolul 59, litera i) se abrogă.

67. La anexa nr. 2 articolul 61, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:
„f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;"

68. La anexa nr. 2 articolul 67, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:
„(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii; cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii; cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;"

69. La anexa nr. 2 articolul 67, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (5^1) cu următorul cuprins:
„(5^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii."

70. La anexa nr. 2 articolul 67, alineatele (6) – (9) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^1) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

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

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^1) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.”

71. La anexa nr. 2 articolul 68, alineatul (1) litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;”

72. La anexa nr. 2 articolul 73 alineatul (1), litera n) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„n) autorizaţia sanitară de funcţionare separată pentru fiecare punct extern de recoltare/punct de recoltare mobil din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator; Lista asumată prin semnătură electronică cu punctele externe de recoltare/punctele mobile de recoltare care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. ”

73. La anexa nr. 2 articolul 74, literele g) şi s) se abrogă.

74. La anexa nr. 2 articolul 74, literele e), k), r), ș) și ad), se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

……

k) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului;

……

r) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în norme, pe toată perioada de derulare a contractului, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator; pentru toate analizele medicale prevăzute în pachetul de bază se solicită certificatul de acreditare;

……..

ș) să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat şi prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; programul de lucru al laboratoarelor de analize medicale fără compartiment de microbiologie și care nu efectuează analize de microbiologie este obligatoriu ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; programul de lucru al laboratoarelor de microbiologie organizate în structuri distincte sau care au în componență și compartiment de microbiologie, este obligatoriu ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore să fie acoperit de medic/medici doar cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator, care au obţinut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau de medic/medici care au obţinut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceştia au cel puţin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecţionare aplicativă; să asigure prezenţa unui medic de radiologie - imagistică medicală, respectiv de medicină nucleară în fiecare laborator de radiologie - imagistică medicală, respectiv medicină nucleară/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea anatomie patologică declarat şi prevăzut în contract, pentru fiecare laborator de anatomie patologică/laborator de anatomie patologică organizat ca punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă/zi (6 ore);

.....

ad) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;”

75. La anexa nr. 2 articolul 76, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale paraclinice, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;”

76. La anexa nr. 2 articolul 77, se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Condiţiile contractării şi condiţiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. La stabilirea sumei contractate se au în vedere criteriile privind repartizarea sumelor prevăzute în norme.
(2) Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalcă pe trimestre şi luni şi se regularizează conform normelor.
(3) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice este tariful pe serviciu medical, exprimat în lei.
(4) Casele de asigurări de sănătate decontează servicii medicale paraclinice în condiţiile stabilite prin norme.
(5) Pentru analizele medicale de laborator, recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultaţiilor preventive din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiţionale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenţei medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţi paraclinice. Pentru investigaţiile paraclinice menţionate, furnizorii vor transmite lunar casei de asigurări de sănătate, odată cu raportarea activităţii în vederea decontării, un centralizator al cărui model este prevăzut prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.”

77. La anexa nr. 2 articolul 80, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii; cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii; cu recuperarea contravalorii serviciilor medicale raportate în perioda de absență a medicului de la program;”

78. La anexa nr. 2 articolul 80, după alineatul (4) se introduc două noi alineate, alineatul (4^1) și (4^2), cu următorul cuprins:

„(4^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.
(4^2) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate lipsa contractului de service valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie, se recuperează suma corespunzătoare punctajului pentru aparatul/aparatele respectiv/e, pentru toată perioada pentru care furnizorul nu deține acest document.”

79. La anexa nr. 2 articolul 80, alineatele (5) – (8) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4^2) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are

dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4^2), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4^2) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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. (1) - (4^2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.”

80. La anexa nr. 2 articolul 81 alineatul (1), litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;”

81. La anexa nr. 2 articolul 81 alineatul (1), litera e) se abrogă.

82. La anexa nr. 2 articolul 82 alineatul (1), litera j) se abrogă.

83. La anexa nr. 2 articolul 84, alineatul (3) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi cu unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, numai dacă acestea asigură un program de minimum 5 zile pe săptămână şi asigură prezenţa a cel puţin un medic de specialitate pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialităţi medicale şi/sau de minimum 7 ore/zi în specialităţi chirurgicale, după caz.”

84. La anexa nr. 2 articolul 86 alineatul (1), litera n) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ n) declaraţie pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 87 alin. (2); medicii prevăzuţi la art. 87 alin. (2) vor da o declaraţie pe proprie răspundere cu privire la unităţile sanitare în care îşi desfăşoară activitatea şi programul de lucru aferent pentru fiecare unitare sanitară, cu obligaţia respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unităţile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.”

85. La anexa nr. 2 articolul 90 alineatul (2), literele b) şi h) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„b) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secţiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanţată din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;

……

h) sume pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme;"

86. La anexa nr. 2, articolul 91 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ART. 91

La contractarea anuală a serviciilor medicale spitaliceşti, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs. Diferenţa de 5% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează pentru situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, în condiţiile prevăzute în norme."

87. La anexa nr. 2, articolul 92 alineatul (1), punctul 2 al literei a) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„2. pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate; informaţiile privind pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;"

88. La anexa nr. 2 al articolul 92 alineatul (1), literele f), p) și ae) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„f) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

……

p) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct, prin poșta electronică ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a recomandării de dispozitive medicale, îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, respectiv prin eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; să elibereze asiguratului căruia i-au fost acordate servicii pentru care se încasează contribuţie personală decontul la externare detaliat referitor la serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate în secţii de acuţi finanţate pe baza sistemului DRG de către spitalele private, pentru rezolvarea cazului, precum şi toate celelalte servicii medicale şi/sau

nemedicale prestate asiguratului în perioada cuprinsă între comunicarea devizului estimativ şi externarea acestuia, însoţit de documentele fiscale, detaliate conform decontului;

.....

ae) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile pentru care se percepe contribuţie personală şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;”

89. La anexa nr. 2 articolul 92 alineatul (1), litera j) se abrogă.

90. La anexa nr. 2 articolul 92 alineatul (1), după litera ag) se adaugă o nouă literă, litera ag^1), care va avea următorul cuprins:

„ag^1) să respecte prevederile art. 156^1, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;”

91. La anexa nr. 2 articolul 93 alineatul (1), litera e) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„e) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării;”

92. La anexa nr. 2 articolul 94, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„f) să efectueze controlul activităţii furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vigoare;”

93. La anexa nr. 2 articolul 94, după litera r) se introduce o nouă literă, litera s), cu următorul cuprins:

„s) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 156^1.”

94. La anexa nr. 2 articolul 96^1, alineatul (4) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(4) Decontarea lunară pentru unităţile sanitare cu paturi a serviciilor medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 şi 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările şi completările ulterioare, se efectuează potrivit prevederilor alin. (1) - (3); trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în norme.”

95. La anexa nr. 2 articolul 99, alineatul (4) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(4) Spitalele încasează de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare şi/sau masă - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard acordate la cererea acestora, în condiţiile stabilite prin norme. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării.”

96. La anexa nr. 2 articolul 102, preambulul de la alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. y), ae), ag) și ag^1) se aplică următoarele sancţiuni: (…)”

97. La anexa nr. 2 articolul 102, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (5^1), cu următorul cuprins:

“(5^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.”

98. La anexa nr. 2 articolul 102, alineatele (6), (7) și (9) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^1) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumei potrivit alin. (1) - (5^1) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

…….

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (5^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.”

99. La anexa nr. 2 articolul 107, alineatul (1) literele c) și o) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„c) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puţin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

……..

o) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a),

e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;”

100. La anexa nr. 2 articolul 107 alineatul (1), litera g) se abrogă.

101. La anexa nr. 2, literele f) şi g) ale articolului 109, se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„f) să efectueze controlul activității furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu și activităţi de transport sanitar neasistat potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;

g) să verifice sistemul de urmărire a mijloacelor de transpost prin sistemul GPS și de stocare a informațiilor;”

102. La anexa nr. 2, articolul 113, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2^1), cu următorul cuprins:

„(2^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.”

103. La anexa nr. 2 articolul 113, alineatele (3) – (5) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)- (2^1) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(2^1) se face prin plata directă sau prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)- (2^1)se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.”

104. La anexa nr. 2 articolul 114 alineatul (1), litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;”

105. La anexa nr. 2 articolul 117, alineatele (4) şi (5) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate şi au dotarea necesară conform legislaţiei în vigoare.

(5) Recomandările pentru îngrijiri medicale la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, îşi păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile recomandate să se regăsească în pachetul de bază."

106. La anexa nr. 2 articolul 118, preambulul alineatului (1) și litera l) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) Reprezentantul legal încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu CAS AOPSNAJ. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu dintre furnizorul de servicii şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

.....

l) autorizaţia de liberă practică pentru fizioterapeut/fizioterapeuţi, eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România valabilă la data încheierii contractului şi reînnoită pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, respectiv documentul care atestă pregătirea profesională pentru masajul limfedemului, după caz. Documentul care atestă pregătirea profesională a fizioterapeutului pentru masajul limfedemului se solicită numai furnizorilor care acordă/raportează acest serviciu."

107. La anexa nr. 2 articolul 118 alineatul (1), după litera l) se introduce o nouă literă, litera m), cu următorul cuprins:

„m) atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, valabil la data încheierii contractului şi reînnoit pe toată perioada derulării contractului."

108. La anexa nr. 2 articolul 118, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5) cu următorul cuprins:

"(5) Recomandările pentru îngrijiri medicale la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, îşi păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile recomandate să se regăsească în pachetul de bază."

109. La anexa nr. 2 articolul 119, litera e) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;"

110. La anexa nr. 2 articolul 119, literele g) şi r) se abrogă.

111. La anexa nr. 2 articolul 119, după litera v) se adaugă o nouă literă, litera u^1), cu următorul cuprins:

"u^1) să respecte prevederile art. 156^1, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;"

112. La anexa nr. 2 articolul 119, după litera v) se introduce o nouă literă, litera w) cu următorul cuprins:

„w) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;"

113. La anexa nr. 2 articolul 121, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„f) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;"

114. La anexa nr. 2 articolul 121, după litera i) se introduce o nouă literă, litera j), cu următorul cuprins:

„j) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 156^1."

115. La anexa nr. 2 articolul 122, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor care primesc îngrijiri medicale la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; CAS AOPSNAJ decontează furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află aceștia cu încadrarea în sumele contractate."

116. La anexa nr. 2, articolul 123 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„Modalitatea de plată este tariful pe o zi de îngrijire. Tarifele se stabilesc prin norme."

117. La anexa nr. 2 articolul 124, preambulul de la alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 119 lit. a), c), f), h), i), m) - o), q), u), u^1), v) și w) se aplică următoarele sancţiuni: (...)".

118. La anexa nr. 2 articolul 124, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (4^1) cu următorul cuprins:

"(4^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii."

119. La anexa nr. 2 articolului 124, alineatele (5)-(7) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4^1) pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului

la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (4^1) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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) - (4^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie."

120. La anexa nr. 2 articolul 125 alineatul (1), literele c) şi d) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/ autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate."

121. La anexa nr. 2 articolul 126, litera b) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;"

122. La anexa nr. 2 articolul 129, preambulul și litera m) de la alineatul (1) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) Reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea sau cu CAS AOPSNAJ. Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:

…….

m) autorizaţia de liberă practică pentru fizioterapeuţi, eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România valabilă la data încheierii contractului şi reînnoită pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează şi pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical, precum şi documentul care face dovada studiilor aprofundate în îngrijiri paliative, conform prevederilor legale în vigoare."

123. La anexa nr. 2 articolul 129, alineatul (5) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(5) Recomandările pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise anterior datei de intrare în vigoare a prezentei hotărâri, îşi păstrează valabilitatea."

124. La anexa nr. 2 articolul 130, literele e) și k) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

.....

k) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu nevoile identificate ale pacientului ca o consecinţă a actului medical propriu. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu sunt furnizate pe baza recomandării eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriul clinic, medicii din spital la externare, precum şi medicii cu atestat/competenţă/supraspecializare în îngrijiri paliative din ambulatoriu. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu;”

125. La anexa nr. 2 articolul 130, literele g) şi q) se abrogă.

126. La anexa nr. 2 articolul 130, după litera ț) se adaugă o nouă literă, litera ț^1), cu următorul cuprins:

„ț^1) să respecte prevederile art. 156^1, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;”

127. La anexa nr. 2 articolul 130, după litera w) se introduce o nouă literă, litera y) cu următorul cuprins:

„y) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;”

128. La anexa nr. 2 articolul 131, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„f) medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, precum și medicamente cu şi fără contribuţie personală, pentru controlul simptomelor, conform prevederilor legale în vigoare, în condiţiile stabilite prin norme;”

129. La anexa nr. 2 articolul 132, litera f) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„f) să efectueze controlul activității potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;”

130. La anexa nr. 2 articolul 132, după litera i) se introduce o nouă literă, litera j), cu următorul cuprins:

„j) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 156^1.”

131. La anexa nr. 2 alarticolul 133, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor care primesc îngrijiri paliative la domiciliu în raza administrativ-teritorială a acesteia; CAS AOPSNAJ decontează furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care

se află în relație contractuală, contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află, cu încadrarea în sumele contractate."

132. La anexa nr. 2 articolul 135, preambulul alineatului (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 130 lit. a), c), f), h), i), m) – p) ţ), ț^1, u), v) și y) se aplică următoarele sancţiuni: (...)"

133. La anexa nr. 2 articolul 135, după alineatul (5) se introduce un nou alineat, alineatul (5^1) cu următorul cuprins:

"(5^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii."

134. La anexa nr. 2 articolul 135, alineatele (6)-(8) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

"(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5^1) pentru furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, aduce la cunoştinţa furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(7) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (5^1) se face prin plată 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. (1) - (5^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie."

135. La anexa nr. 2 articolul 136 alineatul (1), literele c) şi d) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative.

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR/membru OAMGMAMR/ autorizaţia de liberă practică eliberată de Colegiul Fizioterapeuţilor din România/ atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog nu este avizat/avizată pe perioada cât medicul/personalul medico-sanitar figurează în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situaţie, fie prin suspendarea contractului pentru situaţiile în care furnizorul nu mai

îndeplineşte condiţiile de desfăşurare a activităţii în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.”

136. La anexa nr. 2 articolul 137, litera b) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;”

137. La anexa nr. 2 articolul 141, litera h) se abrogă.

138. La anexa nr. 2 articolul 141, literele e), m) și ț) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„e) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cu cel puțin trei zile înainte de data la care care modificarea produce efecte, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

.....

m) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital este un document tipizat care se întocmeşte la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, prin recomandare de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;

.....

ţ) să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse daune sănătăţii de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens şi au obligaţia să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală; să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;”

139. La anexa nr. 2 articolul 141, după litera u) se introduce o nouă literă, litera u^1), cu următorul cuprins:

“u^1) să respecte prevederile art. 156^1, cu privire la iniţierea, respectiv continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia;”

140. La anexa nr. 2 articolul 142, după litera f) se introduce o literă nouă, litera g), cu următorul cuprins:

„g) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe în ziua externării.”

141. La anexa nr. 2 articolul 143, litera e) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„e) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;”

142. La anexa nr. 2 articolul 143, după litera l) se introduce o nouă literă, litera m), cu următorul cuprins:

„m) să monitorizeze semestrial prescrierea produselor biologice de către medicii prescriptori cu respectarea prevederilor art. 156^1.”

143. La anexa nr. 2 articolul 144, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Modalitatea de plată este tariful pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuţi în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, şi în preventorii. Tariful pe zi de spitalizare este prevăzut în norme. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenţei medicale acordate în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.”

144. La anexa nr. 2 articolul 146, preambulul alineatului (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 141 lit. n), q), ţ), u) și u^1) se aplică următoarele sancţiuni: (…)”

145. La anexa nr. 2 articolul 146, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (3^1), cu următorul cuprins:

„(3^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.”

146. La anexa nr. 2 articolul 146, alineatele (4) – (6) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3^1) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de servicii medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3^1) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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) - (3^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.”

147. La anexa nr. 2 articolul 147 alineatul (1), litera d) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;”

148. La anexa nr. 2 articolul 149, ultimul paragraf al alineatului (4) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(4)

……

Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult două farmacii aflate în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult 3 farmacii din cadrul aceluiași furnizor, aflate în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situaţia în care la una dintre farmacii asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii.”

149. La anexa nr. 2 articolul 149, după alineatul (9) se introduc două noi alineate, alineatul (10) şi (11), cu următorul cuprins:

„(10) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (7) şi alin. (8), dacă farmacia care îşi schimbă deţinătorul autorizaţiei de funcţionare are activitatea suspendată potrivit art. 21 alin. (1) din Legea nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare îl are cu casa de asigurări de sănătate, de la data înscrierii menţiunii de reluare a activităţii de către Ministerul Sănătăţii, cu respectarea condiţiilor prevăzute la alin. (7) și (8).

(11) În cazul unei farmacii aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu îşi schimbă farmacistul şef, aceasta are obligaţia notificării casei de asigurări de sănătate cu privire la modificarea intervenită. Farmacia are obligaţia de a transmite casei de asigurari de sanatate autorizaţia de functionare cuprinzand menţiunea referitoare la schimbarea farmacistului şef în termen de 5 zile lucrătoare de la data aplicării menţiunii.”

150. La anexa nr. 2 articolul 152, litera ş) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ş) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente, cu cel puțin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;”

151. La anexa nr. 2 articolul 152, litera v) se abrogă.

152. La anexa nr. 2 articolul 152, după litera ac) se introduce o nouă literă, litera ad) cu următorul cuprins:

“ad) să întocmească evidenţe distincte pentru prescripțiile medicale eliberate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală.”

153. La anexa nr. 2 articolul 154, litera g) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„g) să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;”

154. La anexa nr. 2 după articolul 156, se introduce un nou articol, articolul 156^1, cu următorul cuprins:

“ART. 156^1

(1) La iniţierea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar.

(2) La continuarea tratamentului specific unei afecţiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaţionale pentru care, la momentul prescrierii, în lista preţurilor de referinţă aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, există atât produsul biologic de referinţă cât şi produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar, inclusiv prin schimbarea produsului biologic de referință cu un biosimilar al acestuia la pacienţii la care tratamentul a fost iniţiat cu produsul biologic de referinţă.

(3) Prin exceptie de la prevederile alin. (1) și alin. (2), la inițierea și/sau continuarea tratamentului, medicii pot prescrie produsul biologic de referință numai din motive medicale specifice pacientului, consemnate în documentele medicale și prescripția medicală electronică.

(4) Casa de asigurări de sănătate va monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice și în cazul nerespectării modalităţii de prescriere a produselor biologice conform alin. (1) – (3) va aplica aceleaşi sancțiuni contractuale graduale prevăzute pentru nerespectarea protocoalelor terapeutice, specifice fiecărui tip de furnizor de servicii medicale.”

155. La anexa nr. 2 articolul 157, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru elevi şi studenţi, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentişti/medicii stomatologi din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din căminele pentru persoanele vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie. Medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea metodologică a Autorităţii Naţionale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi, Copii şi Adopţii, pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru persoanele asistate în aceste instituţii, nedeplasabile sau cu afecţiuni acute, în situaţia în care aceste persoane nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, iar perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 156 alin. (9). Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii

cu medicii/medicii dentişti/medici stomatologi din cabinetele şcolare şi studenţeşti, medicii din căminele pentru persoanele vârstnice, medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea metodologică a Autorităţii Naţionale pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi, Copii şi Adopţii, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamentele cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia. Modelul convenţiei este cel prevăzut în norme.

Prin medici/medici dentişti/medici stomatologi din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

156. La anexa nr. 2 articolul 158, alineatul (1) și preambulul alineatului (2) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract, precum şi în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 152 lit. p), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, cu recuperarea contravalorii prescropțiilor medicale eliberate în perioada de absență a farmacistului;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 15% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, cu recuperarea contravalorii prescropțiilor medicale eliberate în perioada de absență a farmacistului;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 20% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, cu recuperarea contravalorii prescropțiilor medicale eliberate în perioada de absență a farmacistului.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiilor prevăzute la art. 152 lit. a) - f), h), j) - o), q) - u), w) - y), aa), ac) și ad) se aplică următoarele sancţiuni: (…)”

157. La anexa nr. 2 articolul 158, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (3^1) cu următorul cuprins:

„ (3^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea prescripțiilor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.”

158. La anexa nr. 2 articolul 158, alineatele (4) – (6) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3^1) pentru furnizorii de medicamente care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de medicamente în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de medicamente are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia furnizorului de medicamente, aduce la cunoştinţa furnizorului de medicamente faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare

de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de medicamente, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (3^1) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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) - (3^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie."

159. La anexa nr. 2 articolul 159 alineatul (1), litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative, respectiv pentru o perioadă de până la 180 de zile pentru motive întemeiate sau pentru motive obiective invocate de deţinătorul autorizaţiei pentru care Ministerul Sănătăţii a aprobat întreruperea activităţii farmaciei potrivit art. 21 alin. (1) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;"

160. La anexa nr. 2 articolul 162, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ (2) În situaţia în care furnizorii nu transmit Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate toate preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale contractate, care trebuie să fie aceleaşi cu cele prevăzute la art. 163 alin. (1) lit. i), în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere decontate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și care trebuie să fie valabile pe perioada de valabilitate a preţurilor de referinţă potrivit prevederilor art. 164 lit. f), relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate încetează în termen de maximum 30 zile calendaristice de la data notificării scrise de către casele de asigurări de sănătate, prin denunţare unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate."

161. La anexa nr. 2 articolul 164, literele f) şi k) se modifică şi vor avea următorul cuprins:

„f) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere, preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleaşi cu cele prevăzute la art. 163 alin. (1) lit. i), precum şi o declaraţie pe propria răspundere conform căreia toate dispozitivele medicale pentru care se transmit preţurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare emise de Ministerul Sănătăţii/Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale din România ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau în declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz, identificate în declaraţie cu numerele de înregistrare aferente acestor documente sau cu denumirea producătorului acestor dispozitive medicale pentru fiecare dispozitiv medical, în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de dispozitive medicale. Preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale comunicate Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și vor fi valabile pe perioada de valabilitate a preţurilor de referinţă stabilite pe baza prevederilor de mai sus.

k) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale cu cel puţin trei zile înainte de data la care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării

contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;”

162. La anexa nr. 2 articolul 164, după litera s) se introduce o nouă literă, litera ș) cu următorul cuprins:

„ș) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală.”

163. La anexa nr. 2 articolul 166, litera j) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„j) să efectueze controlul activității furnizorilor de dispozitive medicale, potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare;”

164. La anexa nr. 2 articolul 167, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (1^1) cu următorul cuprins:

„(1^1) Preţurile de referinţă şi sumele de închiriere corespunzătoare categoriilor şi tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se calculează în anul 2023 în termen de 90 de zile de la încheierea perioadei de contractare stabilită potrivit art. 196 alin. (1).”

165. La anexa nr. 2 articolul 170, alineatul (2) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, în condiţiile prevăzute în norme. Pentru cateterul urinar recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat(ă) de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.”

166. La anexa nr. 2, articolul 171 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ART. 171

(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 164 lit. a) - e), h) - p) și ș) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(1^1) În cazul în care în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea dispozitivelor medicale care au fost decontate şi care au fost acordate de catre furnizor in perioada in care nu a îndeplinit aceste criterii.

(2) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (1^1) pentru furnizorii de dispozitive medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă. Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de dispozitive medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de dispozitive medicale are dreptul ca, în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat

contestaţia furnizorului de dispozitive medicale, aduce la cunoştinţa furnizorului de dispozitive medicale faptul că, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestaţie, suma se recuperează prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu. Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de dispozitive medicale, prin plată directă. În situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu.

(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) și (1^1) se face prin plată directă sau executare silită efectuată potrivit legii în temeiul unui titlu executoriu, 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. (1) și (1^1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie."

167. La anexa nr. 2 articolul 172, litera b) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative;"

168. La anexa nr. 2 articolul 173, litera c) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătăţii/ANMDMR, ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spaţiul Economic European şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;"

169. La anexa nr. 2 articolul 174, după litera e) se introduce o nouă literă, litera f), cu următorul cuprins:

„f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă în condițiile art. 162 alin. (2)."

170. La anexa nr. 2 articolul 179, alineatul (1) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„(1) Începând cu data intrării în vigoare a dispoziţiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie 2023. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor şi a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferenţa reprezentând servicii realizate şi nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor."

171. La anexa nr. 2, articolul 180 se modifică şi va avea următorul cuprins:

„ART. 180

Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente şi de dispozitive medicale pentru anii 2021 – 2022 se prelungesc prin acte adiţionale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adiţional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anii 2021 - 2023. Condiţiile acordării asistenţei medicale în baza actului adiţional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiţionale."

172. La anexa nr. 2 articolul 185, litera h) se modifică şi va avea următorul cuprins:

„h) să organizeze evidenţa contractelor și să publice pe site-ul propriu informațiile privind datele de contact ale furnizorilor din ambulatoriul de specialitate clinic care au încheiate contracte cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical, organizaţi în baza Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, şi, după caz, conform Legii nr. 213/2004,

cu modificările ulterioare, respectiv cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice;”

173. La anexa nr. 2 articolul 185, după litera o) se introduc două noi litere, literele p) și r), cu următorul cuprins:

“p) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru persoanele care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

r) să afișeze pe pagina web proprie pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare exprimate în lei decontate din FNUASS; în ceea ce privește serviciile acordate în asistența medical primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, tarifele se calculează la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical; pentru dispozitive medicale se va afișa prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere prevăzute în ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea metodologiei de stabilire a preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor şi tipurilor de dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.”

174. La anexa nr. 2 articolul 189, după alineatul (3) se introduce un alineat nou, alineatul (4), cu următorul cuprins:

„(4) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate afișează pe pagina web proprie pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare exprimate în lei decontate din FNUASS; în ceea ce privește serviciile acordate în asistența medical primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, tarifele se calculează la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical; pentru dispozitive medicale se va afișa prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere prevăzute în ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea metodologiei de stabilire a preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor şi tipurilor de dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.”

175. La anexa nr. 2, după articolul 202, se introduce un nou articol, articolul 202^1 cu următorul cuprins:

“ART. 202^1

(1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, care acordă servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale persoanelor prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare au obligația:

a) să acorde servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, în sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi persoanelor care nu deţin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) şi f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data primei prezentări la aceştia;

b) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate persoanelor care nu deţin cod numeric personal şi să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală în vederea decontării;

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale, medicamentele și dispozitivelor medicale acordate persoanelor menţionate la alin. (1), până la data atribuirii codului numeric personal de către Direcția pentru Evidența Persoanelor și Administrarea Bazelor de Date, dar nu mai mult de un an de zile de la data primei prezentări la furnizorul de servicii medicale.”

176. La anexa nr. 2 articolul 205, după litera t) se introduce o nouă literă, litera ț) cu următorul cuprins:

„ț) testarea cu teste rapide antigen din proba nazofaringiană în vederea depistării infecţiei cu SARS-CoV-2 desfăşurată prin farmaciile comunitare şi oficinele comunitare rurale.”

177. La anexa nr. 2, după articolul 212, se introduce un nou articol, articolul 212^1, cu următorul cuprins:

„ART. 212^1

Programul de lucru al personalului de specialitate medical și medico-sanitar care își desfășoară activitatea sub incidența unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, nu poate fi mai mare de o normă și jumătate, indiferent de forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.”

178. La anexa nr. 2, Capitolul XIV care cuprinde articolele 213-220 se abrogă.

179. În tot cuprinsul actului normativ sintagmele **„**medicină fizică şi de reabilitare în bazele de tratament/medicină fizică şi de reabilitare în baza de tratament,” se înlocuieşte cu sintagma „medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu.”

ART. II

Termenul de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 633 din 28 iunie 2021, cu modificările şi completările ulterioare, se prelungeşte până la data de 31.12. 2023.

ART. III

Prevederile cuprinse la art. I din prezenta Hotărâre a Guvernului intră în vigoare la data de 1 aprilie 2023.

PRIM-MINISTRU

Nicolae-Ionel CIUCĂ