

ORDIN

pentru completarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021

Având în vedere:

- prevederile art. LIX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 168/2022 privind unele măsuri fiscal-bugetare, prorogarea unor termene, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative;
- art. 12 alin. (16) – (18) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările ulterioare;
- art. 155¹ din Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare;
- Referatul de aprobare nr. AR23080 din 20.12.2022. al Ministerului Sănătății și nr. DG 4035 din 12.12.2022 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în temeiul prevederilor:
 - art. 229 alin. (4) și ale art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
 - art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
 - art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

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

ART. I

Normele metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021, publicat în Monitorul Oficial al României,

Partea I, nr. 642 și 642 bis din 30 iunie 2021, cu modificările și completările ulterioare, se completează după cum urmează:

1. După anexa nr. 37, se introduce o nouă anexă, anexa 37¹, al cărei cuprins este prevăzut în anexa la prezentul ordin.

2. În anexa nr. 51, la tabelul de la articolul 4, după punctul 9, se introduc două noi puncte, punctele 10 și 11, cu următorul cuprins:

”

10.	Infecții acute ale căilor respiratorii la copii - fără tratament	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari -TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteină C reactivă - EKG - Pulsoximetrie 	205,37
11.	Infecții acute ale căilor respiratorii la copii cu RX - fără tratament	<ul style="list-style-type: none"> - Consultație medicală de specialitate - Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari -TGO - TGP - Glicemie - Creatinină serică - Uree serică - Proteină C reactivă - Examen radiologic torace ansamblu - EKG - Pulsoximetrie 	237,3

”

ART. II (1) Structurile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente precum și centrele de evaluare, vor aduce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

(2) Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Ministrul sănătății,
Alexandru RAFILA**

**p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Adela COJAN
Vicepreședinte**

Anexa

(Anexa 37[^]1 la Ordinul nr. 1.068/627/2021)

Modalitatea de decontare a prescripțiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical

Art. 1 Decontarea prescripțiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică (SIPE), componentă a Platformei informatică din asigurările de sănătate (PIAS), de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, dar care nu au fost decontate de casele de asigurări de sănătate la momentul evaluării rezultatului medical, potrivit art. 155[^]1 din Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, se realizează prin raportare la data înregistrării rezultatului medical în condițiile art. 12 alin. (18) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare, la solicitarea unui furnizor de medicamente care s-a aflat/se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

Art. 2 (1) În vederea clarificării situației prescripțiilor medicale prevăzute la art. 1, furnizorul de medicamente are obligația să depună o solicitare la casa de asigurări de sănătate cu care s-a aflat/se află în relații contractuale.

(2) Solicitarea prevăzută la alin. (1) va fi însoțită de un document cu aceeași structură ca a borderoului centralizator ce a fost depus sau trebuia depus la casa de asigurări de sănătate, în vederea decontării, document care va fi transmis atât pe suport hârtie, cât și electronic.

(3) În termen de maxim 20 zile lucrătoare de la primirea solicitării furnizorului de medicamente, casa de asigurări de sănătate:

- a) verifică dacă în SIPE sunt înregistrate ca fiind eliberate toate prescripțiile medicale menționate în documentul prevăzut la alin (2);
- b) transmite la CNAS, atât pe suport hârtie, cât și electronic, solicitarea de confirmare a prescripțiilor medicale care pot face obiectul decontării din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare FNUASS, însoțită de documentul prevăzut la alin. (2), solicitare în care va menționa obligatoriu parcurgerea etapei prevăzută la pct. a), precum și seria și numerele prescripțiilor medicale din documentul depus de furnizor înregistrate ca fiind eliberate în PIAS (componenta SIPE).

(4) În termen de maxim 20 de zile lucrătoare de la primirea solicitării formulate de casa de asigurări de sănătate, CNAS:

- a) verifică pentru confirmarea acelor prescripții medicale care pot face obiectul decontării din FNUASS, pentru fiecare pacient în parte a cărei / căror prescripție / prescripții medicală / medicale este / sunt menționate în solicitarea casei de asigurări de sănătate, următoarele:
 - i) evaluarea rezultatului medical a fost efectuată prin raportare la data înregistrării rezultatului medical în condițiile art. 12 alin. (18) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare,
 - ii) dacă pacientul/pacienții a/au înregistrat rezultat medical,

- iii) dacă prescripția/prescripțiile medicală/ medicale, prin raportare la elementele contractuale aferente fiecărui contract cost-volum-rezultat în parte, fac obiectul prevederilor art. 12 alin (16) și (17) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare;
- b) transmite casei de asigurări de sănătate, după finalizarea etapei prevăzute la pct. a), documentele centralizatoare aferente cu privire la:
- i) prescripțiile medicale care îndeplinesc condițiile pentru fi decontate din FNUASS,
 - ii) prescripțiile medicale care fac obiectul prevederilor art. 12 alin. (16) și (17) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare,
 - iii) prescripțiile medicale care nu îndeplinesc condițiile art. 12 alin. (18) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare.

(5) În termen de maxim 10 zile lucrătoare de la transmiterea documentelor prevăzute la alin. (4) lit.

b), casa de asigurări de sănătate:

a) comunică furnizorului de medicamente care a depus solicitarea de clarificare următoarele:

- i) seria, numărul și valoarea prescripțiilor medicale care urmează a fi decontate din FNUASS,
- ii) seria, numărul și valoarea prescripțiilor medicale care fac obiectul prevederilor art. 12 alin. (16) și (17) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare,
- iii) seria, numărul și valoarea prescripțiilor medicale care nu îndeplinesc condițiile art. 12 alin. (18) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 cu modificările și completările ulterioare.

b) verifică dacă valoarea prescripțiilor medicale care îndeplinesc condițiile de decontare din FNUASS se încadrează în limita fondurilor aprobate cu această destinație și, după caz, solicită CNAS suplimentarea creditelor de angajament și a celor bugetare;

c) încheie cu furnizorul de medicamente, în limita creditelor de angajament aprobate cu această destinație, pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor care fac obiectul prescripțiilor medicale prevăzute la art. 1, un act adițional la contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate sau, după caz, un contract distinct, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 37¹A, pentru furnizorii care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Furnizorul de medicamente va întocmi factura aferentă prescripțiilor medicale care urmează a fi decontate din bugetul FNUASS, pe care o va transmite/depune la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării până la termenul prevăzut în actul adițional/contractul prevăzut la alin (5) lit. c).

(7) Casa de asigurări de sănătate decontează factura depusă de furnizorul de medicamente într-un termen de până la 60 de zile calendaristice de la validarea acesteia și acordarea vizei "Bun de plată" în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Anexa nr. 37¹A

– model –

CONTRACT / ACT ADIȚIONAL*)

privind decontarea prescripțiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică - componentă a PIAS, de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical

I. Părțile contractante:

Casa de asigurări de sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, e-mail, reprezentată prin Director general,

și

- Societatea farmaceutică, reprezentată prin

- Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentată prin,

având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax e-mail, și punctul în comuna, str. nr.

II. Obiectul contractului:

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie decontarea prescripțiilor medicale aferente medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică (SIPE), componentă a Platformei informatică din asigurările de sănătate (PIAS), de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, dar care nu au fost decontate de casele de asigurări de sănătate la momentul evaluării rezultatului medical, potrivit art. 155¹ din Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare.

III. Durata contractului:

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de

IV. Obligațiile părților:

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 3

(1) Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de medicamente care au depus la casa de asigurări de sănătate o solicitare în vederea clarificării situației prescripțiilor medicale prevăzute la art. 1.

b) să comunice furnizorului de medicamente care a depus solicitarea de clarificare:

i) seria, numărul și valoarea prescripțiilor medicale care urmează a fi decontate din FNUASS,

ii) seria, numărul și valoarea prescripțiilor medicale care fac obiectul prevederilor art. 12 alin. (16) și (17) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare,

iii) seria, numărul și valoarea prescripțiilor medicale care nu îndeplinesc condițiile art. 12 alin (18) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr 77/2011 cu modificările și completările ulterioare.

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat eliberate și înregistrate în sistemul național de prescriere electronică (SIPE), componentă a Platformei informatică din asigurările de sănătate (PIAS), de care au beneficiat pacienții care, în urma evaluării, au înregistrat rezultat medical, doar prescripțiile medicale prevăzute la lit.b) pct.i), pe baza facturii transmisă/depusă de furnizorul de medicamente, în condițiile

prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a H.G. nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare.

d) să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora.

(2) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori.

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 4

(1) Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

a) să transmită/depună la casa de asigurări de sănătate factura aferentă prescripțiilor medicale care urmează a fi decontate din bugetul FNUASS, în termen de 10 zile lucrătoare de la data comunicării informațiilor prevăzute la art. 3, alin (1) lit.b) pct. i);

b) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

c) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii formulate în scris documentele privind actele de evidență financiar-contabilă a sumelor solicitate conform contractelor încheiate între furnizorii de medicamente și casele de asigurări de sănătate, precum și documentele administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control.

(2) Toate documentele necesare pentru acordarea sumelor solicitate se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului de medicamente.

V. Termen de plată

ART. 5

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează sumele corespunzătoare contravalorii medicamentelor pe baza facturii depuse/transmise la casa de asigurări de sănătate, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la validarea acesteia și acordarea vizei "Bun de plată", în limita fondurilor aprobate cu această destinație..

(2) Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr., deschis la Banca

VI. Răspunderea contractuală

ART. 6

Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăților.

VII. Clauză specială

ART. 7

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o

invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră, și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore, și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de o lună, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

VIII. Suspendarea, încetarea și rezilierea contractului

ART. 8

Contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de o lună, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative.

ART. 9

(1) Prezentul contract încetează de drept la data expirării duratei contractului prevăzute la art. 2.

(2) Prezentul contract poate înceta prin acordul părților.

(3) Casele de asigurări de sănătate au dreptul să recupereze de la furnizorii de medicamente sumele plătite aferente contravalorii medicamentelor facturate, solicitate în mod nejustificat de furnizorii de medicamente, în situația în care nu erau îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru decontarea acestora.

ART. 10

Situațiile prevăzute la art. 8 și 9 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu

IX. Corespondența

ART. 11

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax, prin corespondență electronică sau la sediul părților - sediul casei de asigurări de sănătate și la sediul furnizorului de medicamente declarat în contract.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părți contractante schimbările survenite.

X. Modificarea contractului

ART. 12

(1) Prezentul contract se poate modifica la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți și este anexă a acestui contract.

ART. 13

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 14

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XI. Soluționarea litigiilor

ART. 15

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea prezentului contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de Arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

XII. Alte clauze

.....

Prezentul contract a fost încheiat astăzi în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Director general,
.....

Director executiv al Direcției Economice,
.....

Director executiv al Direcției relații contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios
.....

FURNIZOR DE MEDICAMENTE
ȘI MATERIALE SANITARE

Reprezentant legal,
.....

****) Actul adițional se încheie în situația în care între casa de asigurări de sănătate și furnizorul de medicamente este încheiat și se află în derulare un Contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate; actul adițional se întocmește după modelul prezentului contract, adaptat.***