

**ORDIN nr. 622 din 14 iunie 2012**

privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#)

**EMITENT:** MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 622 din 14 iunie 2012  
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 214 din 13 iunie 2012

**PUBLICAT ÎN:** MONITORUL OFICIAL nr. 417 din 22 iunie 2012

**Data intrării în vigoare :** 22 iunie 2012

**Forma actualizată valabilă la data de :** 2 iulie 2012

**Prezenta formă actualizată este valabilă de la 22 iunie 2012 până la data selectată 2 iulie 2012**

Având în vedere Referatul de aprobare nr. CV 1.317 din 14 iunie 2012 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1.575 din 13 iunie 2012 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 217 alin. (5) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" al [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- [Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010](#) pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările ulterioare;
- [Hotărârii Guvernului nr. 144/2010](#) privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- [Hotărârii Guvernului nr. 972/2006](#) pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

**ARTICOL UNIC**

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 922 și nr. 922 bis din 27 decembrie 2011, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În anexa nr. 1, la capitolul III, litera D se modifică și va avea următorul cuprins:

"D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni cronice

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

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mișcarea lunară/intrări/ieșiri.

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

Evidența acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei și depunerea acesteia la casa de asigurări de sănătate;
- raportarea semestrială a modificărilor intervenite/mișcarea semestrială/intrări/ieșiri.

Afecțiunile cronice sunt:

- sindroame poststreptococice la copii;
- cardio-vasculare: cardiopatii congenitale, valvulopatii, arteriopatii periferice;
- digestive: sindrom de malabsorbție;
- de sistem: colagenoze (lupus - copii și adulți);
- ale aparatului respirator: astm bronșic, bronhopneumopatia cronică obstructivă;
- ale aparatului uro-genital: sindrom nefrotic și pielonefrită cronică, rinichi policistic;
- endocrine: distrofiile endemice tireopate, gușă (copii și adulți);
- psihiatrice: schizofrenii, psihoza maniaco-depresivă, deliruri sistematizate cronice;
- oftalmologice: glaucom."

2. În anexa nr. 1, la capitolul III, litera G se modifică și va avea următorul cuprins:

"G. Activități de suport

1. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale - pentru care se utilizează formularul de prescripție medicală cu regim special, certificat constatator de deces (cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate

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

2. Eliberare de acte medicale: prescripție electronică, card național de sănătate, cu completarea datelor medicale."

3. În anexa nr. 2, la articolul 1, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 1. - (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata «per capita» prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate, și plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute anexa nr. 1 la ordin, precum și pentru serviciile medicale acordate pacienților din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului CE nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. Pentru semestrul II al anului 2012 modalitatea de plată cuprinde și plata prin tarif pe serviciu exprimat în lei pentru unele servicii prevăzute în anexa nr. 1 la ordin."

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

5. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (2) litera a) punctul 6, subpunctul 6.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

"6.1. numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă și structura pe grupe de vârstă se înmulțește cu raportul dintre 2.200 și numărul de asigurați de pe listă, astfel:

\*T\*

\*Font 8\*

2.200

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

\*ST\*

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

\*T\*

\*Font 8\*

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

\*ST\*

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

"e) Serviciile cuprinse la cap. III lit. B pct. 2 lit. c) și pct. 7, lit. D și lit. G pct. 1 (cu excepția consultației pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces) din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata «per capita»."

7. În anexa nr. 2, la articolul 1 alineatul (3), prima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct."

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

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

9. În anexa nr. 2, la articolul 1, după alineatul (3) se introduce un nou alineat, alineatul (4), cu următorul cuprins:

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

1. recomandare prescripție medicală electronică on-line și off-line:

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

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

2. eliberare card național de sănătate cu completarea datelor medicale ..... 5 lei/asigurat.

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

10. În anexa nr. 2, la articolul 2, literele a) și e) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

.....

e) medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă

asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale."

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

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

În desfășurarea activității, medicul angajat utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul angajat își desfășoară activitatea, numărul de contract și ștampila cabinetului medical.

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

12. În anexa nr. 2, la articolul 4, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(4) În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit."

13. În anexa nr. 2, la articolul 5, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 5. - (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit [Legii nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Medicii angajați nu au listă proprie de persoane înscrise și nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuție personală și, după caz, a unor materiale sanitare se face conform prevederilor legale în vigoare, folosindu-se ștampila cabinetului și parafa medicului angajat, respectiv semnătura electronică proprie și prescripțiile medicale ale medicului titular. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate."

14. În anexa nr. 2, articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 7. - (1) Pentru stabilirea valorii unui punct «per capita» și a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2012 are următoarea structură:

1. 50% pentru plata «per capita» și 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reținut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună), pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

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

b) suma pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5.

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

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

2. venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comună), pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei și pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, format din:

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

b) suma pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulțit cu 1,5;

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

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

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

"Art. 9. - (1) Valoarea punctului «per capita», unică pe țară, este de 3 lei, valabilă pentru semestrul I al anului 2012. Începând cu luna iulie a anului 2012, valoarea punctului «per capita», unică pe țară, este de 3,5 lei.

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

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru serviciile medicale a căror plată se face prin tarif exprimat în puncte ale medicilor de familie și numărul de

puncte pe serviciu medical efectiv realizate, cu respectarea condițiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu, unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

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

16. În anexa nr. 2, la articolul 9, după alineatul (4) se introduce un nou alineat, alineatul (5), cu următorul cuprins:

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

Fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade suma pentru plata «per capita», suma totală pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei - prevăzută la art. 7 alin. (2) pct. 3, precum și venitul cabinetelor medicale - prevăzută la art. 7 alin. (2) pct. 2 lit. a) și b) în care își desfășoară activitatea medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate."

17. În anexa nr. 2, articolul 10 se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 10. - (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulțirii numărului de puncte «per capita» efectiv realizate și a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea pentru un punct «per capita», respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical. Numai pentru trimestrele III și IV ale anului 2012, la calculul sumei cuvenite lunar se adaugă și suma cuvenită pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei.

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

18. În anexa nr. 2, la articolul 13, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

19. În anexa nr. 3, la articolul 7, punctele 10, 33 și 34 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

.....

33. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

34. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;"

20. În anexa nr. 3, la articolul 7, după punctul 44 se introduc trei noi puncte, punctele 45-47, cu următorul cuprins:

"45. să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

46. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare

obligația prevăzută anterior, acesta are obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenție, prescripțiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

47. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 46, toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau are obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate, la data prevăzută în contract/convenție, în format electronic, prescripțiile off-line prescrise în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012."

21. În anexa nr. 3, articolul 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 8. - Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt:

1. Plata «per capita» - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata «per capita» se face conform art. 1 alin. (2) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare:

DA/NU .....

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

- în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condițiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare, care încheie contract după expirarea convenției de furnizare de servicii medicale încheiate pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condițiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea punctului «per capita», unică pe țară, este de 3 lei, valabilă pentru semestrul I al anului 2012. Începând cu luna iulie a anului 2012, valoarea punctului «per capita», unică pe țară, este de 3,5 lei.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau c), după caz, din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare, se ajustează în raport:

a) cu condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie:.....%\*):

-----

\*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervației Biosferei «Delta Dunării» se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obținut potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008 pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea; în condițiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabilește un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localitățile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situație.

b) cu gradul profesional:

- medic primar ..... %;

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

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

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

\*T\*

\*Font 9\*

2.200

Nr. de puncte «per capita» de decontat = număr de puncte realizate x

-----  
număr de persoane asigurate înscrise

\*ST\*

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

\*T\*

\*Font 8\*

(număr de asigurați înscrși - 2.200)

Nr. de puncte de decontat = număr de puncte realizate x

----- x 0,30  
număr de persoane asigurate înscrise

\*ST\*

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

\*T\*

\*Font 9\*

2.200

Nr. de puncte «per capita» = număr de puncte realizate x -----,

capita» de decontat număr de persoane asigurate înscrise  
\*ST\*

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

\*T\*  
\*Font 8\*  
Nr. de puncte «per capita» de decontat = număr de puncte realizate x  $\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$  x 0,5  
\*ST\*

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

\*T\*  
\*Font 8\*  
Nr. de puncte «per capita» de decontat = număr de puncte realizate x  $\frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$ ,  
\*ST\*

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

\*T\*  
\*Font 8\*  
Nr. de puncte «per capita» de decontat = număr de puncte realizate x  $\frac{(4.000 - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$  x 0,5  
\*ST\*

d) în situația în care cabinetul medical se află într-o zonă/unitate administrativ-teritorială cu deficit din punctul de vedere al prezenței medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

\*T\*  
\*Font 8\*  
Nr. de puncte «per capita» de decontat = număr de puncte realizate x  $\frac{2.200}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$ ,  
\*ST\*

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

\*T\*  
\*Font 8\*  
Nr. de puncte «per capita» de decontat = număr de puncte realizate x  $\frac{(\text{număr de asigurați înscriși} - 2.200)}{\text{număr de persoane asigurate înscrise}}$  x 0,5  
\*ST\*

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate [nr. 1.723/950/2011](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunțate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate [nr. 1.723/950/2011](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare.

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

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

3.1. recomandare prescripție medicală electronică on-line și off-line:

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

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

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

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

a) Medic de familie

\*T\*  
Numele ....., prenumele .....  
Cod numeric personal .....  
Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului.....  
Programul de lucru .....  
Medic de familie angajat\*)

\*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

Numele ....., prenumele .....  
Cod numeric personal .....  
Gradul profesional .....  
Codul de parafă al medicului.....  
Programul de lucru .....

1. Asistent medical

Numele ....., prenumele .....  
Cod numeric personal .....

2. ....

b) Medic de familie

Numele ....., prenumele .....  
Cod numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului.....

Programul de lucru .....

Medic de familie angajat\*)

\*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

Numele ....., prenumele .....  
Cod numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului.....

Programul de lucru .....

1. Asistent medical

Numele ....., prenumele .....  
Cod numeric personal .....

2. ....

c) ....."

\*ST\*

22. În anexa nr. 3, la articolul 9, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 9. - (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, la valoarea pentru un punct «per capita», respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, precum și la tarifele pe servicii exprimate în lei pentru trimestrele III și IV ale anului 2012, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor."

23. În anexa nr. 3, la articolul 9, după alineatul (5) se introduc trei noi alineate, alineatele (5<sup>1</sup>)-(5<sup>3</sup>) cu următorul cuprins:

(5<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 46, se aplică următoarele sancțiuni:

a) avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a tarifului pe serviciu exprimat în lei în asistența medicală primară - pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

(5<sup>2</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 47, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(5<sup>3</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (5<sup>1</sup>) și (5<sup>2</sup>), nerespectarea obligațiilor de la art. 7 pct. 46 și 47 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripțiilor medicale de către farmaciile cu raportările medicilor prescriptori, luând în considerare și perioada de valabilitate a prescripțiilor medicale."

24. În anexa nr. 3, la articolul 9, alineatele (6)-(9) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(6) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (3)-(5), alin. (5<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (5<sup>2</sup>) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (5<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (5<sup>2</sup>) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(7) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (3)-(5), alin. (5<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (5<sup>2</sup>) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (3)-(5), alin. (5<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (5<sup>2</sup>) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3)-(5), alin. (5<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (5<sup>2</sup>) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie."

25. În anexa nr. 4, punctul V se modifică și va avea următorul cuprins:

"V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit."

26. În anexa nr. 5, punctul V se modifică și va avea următorul cuprins:

"V. Obligațiile medicului înlocuitor

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

Medicul înlocuitor are obligația față de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare și de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfășurarea activității, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente, registrul de consultații al cabinetului în care își desfășoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescripțiile electronice ale medicului înlocuit, numărul de contract și ștampila cabinetului medical al medicului înlocuit."

27. În anexa nr. 6, la articolul 5, punctele 8, 31 și 32 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

31. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situații furnizorul de servicii medicale poate elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

32. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrie ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate."

28. În anexa nr. 6, la articolul 5, după punctul 43 se introduc trei noi puncte, punctele 44-46, cu următorul cuprins:

"44. să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

45. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare obligația prevăzută anterior, acesta are obligația să raporteze la casa de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenție prescripțiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

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

29. În anexa nr. 6, articolul 6 se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 6. - (1) Modalitățile de plată în asistența medicală primară pentru medicii nou-veniți sunt:

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

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [1.723/950/2011](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulțit cu 1,5;



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

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

a) Medic de familie nou-venit

Numele ....., prenumele .....

Codul numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului.....

Programul de lucru .....

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

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea ....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

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

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

b) Medic de familie nou-venit

Numele ....., prenumele .....

Codul numeric personal .....

Gradul profesional .....

Codul de parafă al medicului.....

Programul de lucru .....

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

Sporul acordat în raport cu condițiile în care își desfășoară activitatea ...%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare și funcționare a cabinetului medical în care își desfășoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

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

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

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

c) .....

....."

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

"b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările ulterioare, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate."

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

"b) la a doua constatare se diminuează suma stabilită conform art. 31 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații."

32. În anexa nr. 6, la articolul 7, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(3) În cazul în care în derularea convenției se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform convenției nu au fost efectuate, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 alin. (1) lit. a) și b) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările ulterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situații."

33. În anexa nr. 6, la articolul 7, după alineatul (3) se introduc trei noi alineate, alineatele (3<sup>1</sup>)-(3<sup>3</sup>), cu următorul cuprins:

"(3<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 5 pct. 45 se aplică următoarele sancțiuni:

a) avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a tarifului/serviciu exprimat în lei în asistența medicală primară - pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

(3<sup>2</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 5 pct. 46 se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prevăzute în cadrul unui trimestru.

(3<sup>3</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (3<sup>1</sup>) și (3<sup>2</sup>), nerespectarea obligațiilor de la art. 5 pct. 45 și 46 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripțiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori, luând în considerare și perioada de valabilitate a prescripțiilor medicale."

34. În anexa nr. 6, la articolul 7, alineatele (4)-(7) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(4) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1)-(3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1)-(3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie."

35. În anexa nr. 7, la capitolul I litera C, punctul C2, partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

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

36. În anexa nr. 7, la capitolul I litera C, punctul C2, după subpunctul II se introduce un nou subpunct, subpunctul III, cu următorul cuprins:

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

Recomandare prescripție medicală electronică on-line și off-line:

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

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

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

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

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

37. În anexa nr. 7, la capitolul II, în tabel, poziția 184 "Endoscopie gastro-duodenală\*1)" se abrogă.

38. În anexa nr. 7, la capitolul III punctul 1, nota 7 partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

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

39. În anexa nr. 7, la capitolul III, punctele 2 și 3 se modifică și vor avea următorul cuprins:

"2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară. Se acordă servicii medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1. Medicația pentru cazurile de urgență la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

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

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

a) se acordă serviciile medicale de urgență de medicină dentară prevăzute la nota 2 de la pct. 1. Medicația pentru cazurile de urgență la nivelul cabinetului se asigură din trusa medicală de urgență organizată conform legii.

Persoanele beneficiare ale pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate (radiografii dentare) și tratamentul prescris de medicii de medicină dentară;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 și 18 ani din categoriile de persoane prevăzute la [art. 214 alin. \(2\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1 «Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară»."

40. În anexa nr. 7, la capitolul IV, după punctul 2 se introduce un nou punct, punctul 3, cu următorul cuprins:

"3. Serviciile pentru care plata se face prin tarif exprimat în lei și tarifele aferente acestora sunt:

Prescripție medicală electronică on-line și off-line:

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

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

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

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

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

41. În anexa nr. 8, la articolul 2, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 2. - (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat în puncte prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, dacă

aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct. Numai pentru semestrul II al anului 2012, casele de asigurări de sănătate decontează și contravaloarea serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei prevăzute în cap. I lit. C pct. C2 subpct. III din anexa nr. 7 la ordin."

42. În anexa nr. 8, la articolul 4, alineatele (1) și (4) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"Art. 4. - (1) Suma convenită lunar medicilor de specialitate din specialitățile clinice se calculează prin înmulțirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical. Numai pentru semestrul II al anului 2012, la suma convenită lunar se adaugă și suma aferentă serviciilor a căror plată se face prin tarif exprimat în lei.

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

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

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

43. În anexa nr. 8, la articolul 5, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

44. În anexa nr. 8, la articolul 14, alineatul (9) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(9) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcție de:

a) numărul de servicii medicale - consultații;

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

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a cazurilor finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: tarif contractat (140 lei) x număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună/10 (număr mediu zile de tratament contractat). Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică și balneologie raportate în luna respectivă;

c) suma convenită pentru serviciile a căror plată se face prin tarif exprimat în lei prevăzute la cap. IV pct. 3 din anexa nr. 7 la ordin. Această sumă se acordă numai pentru semestrul II al anului 2012."

45. În anexa nr. 8, articolul 16 se modifică și va avea următorul cuprins:

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

(2) Medicii din specialitățile clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin; în această situație medicii din specialitățile clinice, inclusiv recuperare-reabilitare a sănătății, pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, situație în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale."

46. În anexa nr. 8, la articolul 17, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 17. - (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați numai medici și/sau dentiști, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#). Medicii sau dentiștii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv recuperare, medicină fizică și balneologie și de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu,

folosind formularul de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, dacă din motive justificate nu poate fi utilizată prescrierea electronică, cu ștampila cabinetului și parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate."

47. În anexa nr. 12, la articolul 7, punctele 12, 30 și 31 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

.....

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile medicale care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin. În aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, caz în care medicii raportează casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;"

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

49. În anexa nr. 12, la articolul 7, după punctul 37 se introduc trei noi puncte, punctele 38-40, cu următorul cuprins:

"38. să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

39. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare obligația prevăzută anterior, acesta are obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate în format electronic, la data prevăzută în contract/convenție, prescripțiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

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

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

"Art. 8. - (1) Modalitățile de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu sunt tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe serviciu exprimat în lei numai pentru semestrul II al anului 2012, tarif pe consultație și tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

.....

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și prin tarif pe serviciu exprimat în lei se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate [nr. 1.723/950/2011](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare."

51. În anexa nr. 12, la articolul 9, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 9. - (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni; decontarea contravalorii serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale și casele de asigurări de sănătate se face pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de..... Pentru serviciile medicale decontarea se face la valoarea minimă garantată pentru un punct unică pe țară, iar pentru trimestrele III și IV ale anului 2012 și la nivelul tarifului pe serviciu exprimat în lei.

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

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

52. În anexa nr. 12, la articolul 13, după alineatul (3) se introduc trei noi alineate, alineatele (3<sup>1</sup>)-(3<sup>3</sup>), cu următorul cuprins:

"(3<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 39, se aplică următoarele sancțiuni:

a) avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru;

b) diminuarea cu 10% a tarifului pe serviciu exprimat în lei în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice - pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

(3<sup>2</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 40, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prevăzute în cadrul unui trimestru.

(3<sup>3</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (3<sup>1</sup>) și (3<sup>2</sup>), nerespectarea obligațiilor de la art. 7 pct. 39 și 40 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripțiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori, luând în considerare și perioada de valabilitate a prescripțiilor medicale."

53. În anexa nr. 12, la articolul 13, alineatele (4)-(7) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(4) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare."

54. În anexa nr. 12, la articolul 14, litera k) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

55. În anexa nr. 14, la articolul 7, punctele 12 și 27 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

.....

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;"

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

57. În anexa nr. 14, la articolul 7, după punctul 32 se introduc trei noi puncte, punctele 33-35, cu următorul cuprins:

"33. să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

34. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare obligația prevăzută anterior, aceștia au obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate, în format electronic, la data prevăzută în contract/convenție, prescripțiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

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

58. În anexa nr. 14, la articolul 15, după alineatul (3) se introduc trei noi alineate, alineatele (3<sup>1</sup>)-(3<sup>3</sup>), cu următorul cuprins:

"(3<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 34, se dă avertisment pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

(3<sup>2</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 35, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrite în cadrul unui trimestru.

(3<sup>3</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (3<sup>1</sup>) și (3<sup>2</sup>), nerespectarea obligațiilor de la art. 7 pct. 34 și 35 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripțiilor medicale de către farmaciile cu raportările medicilor prescriptori, luând în considerare și perioada de valabilitate a prescripțiilor medicale."

59. În anexa nr. 14, la articolul 15, alineatele (4)-(7) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(4) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1), (2), (3) și (3<sup>2</sup>) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (3<sup>2</sup>) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2), (3) și (3<sup>2</sup>), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2), (3) și (3<sup>2</sup>) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2), (3) și (3<sup>2</sup>) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare."

60. În anexa nr. 14, la articolul 16, litera k) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

61. În anexa nr. 15, la articolul 8, punctele 12, 29 și 30 se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

29. să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate, pentru serviciile care se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin. În aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, caz în care medicii raportează în format electronic casei de asigurări de sănătate, la aceeași dată prevăzută în contract pentru raportarea activității lunare, un borderou centralizator cuprinzând CNP-ul, numărul și seria chitanței prin care s-a încasat contravaloarea serviciului medical, numărul curent cu care este înregistrată consultația în registrul de consultații, numărul și seria biletului de trimitere/prescripției medicale;

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrite ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;"

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

63. În anexa nr. 15, la articolul 8, după punctul 37 se introduc trei noi puncte, punctele 38-40, cu următorul cuprins:

"38. să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

39. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrite off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare obligația prevăzută anterior, acesta are obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate, în format electronic, la data prevăzută în contract/convenție, prescripțiile off-line prescrite în luna pentru care se face raportarea;

40. să introducă în sistemul informatic, în situația în care nu a fost îndeplinită obligația de la pct. 39, toate prescripțiile medicale prescrite off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line sau are obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate, la data prevăzută în contract/convenție, în format electronic, prescripțiile off-line prescrite în trimestrul anterior. Această prevedere se aplică începând cu trimestrul III al anului 2012."

64. În anexa nr. 15, articolul 9 se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 9. - Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unități sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultație și tariful pe caz, exprimat în lei, și numai pentru trimestrele III și IV ale anului 2012 și la tariful pe serviciu exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătății și al

președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.723/950/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare."

65. În anexa nr. 15, la articolul 11 alineatul (1), prima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 15. - (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie, acordate în unitățile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultații și a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică și balneologie realizate și a tarifelor pe serviciu medical - consultație și a tarifului pe serviciu medical - caz, în limita sumelor contractate, iar pentru trimestrele III și IV ale anului 2012 și la nivelul tarifului/serviciu pentru prescriere electronică, exprimat în lei, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii și a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de..... ."

66. În anexa nr. 15, la articolul 18, după alineatul (3) se introduc trei noi alineate, alineatele (3<sup>1</sup>)-(3<sup>3</sup>), cu următorul cuprins:

"(3<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 pct. 39, se aplică următoarele sancțiuni:

a) avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru;  
b) diminuarea cu 10% a tarifului/serviciu exprimat în lei în asistența medicală ambulatorie de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie - pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

(3<sup>2</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 8 pct. 40, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(3<sup>3</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (3<sup>1</sup>) și (3<sup>2</sup>), nerespectarea obligațiilor de la art. 8 pct. 39 și 40 se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripțiilor medicale de către farmaciile cu raportările medicilor prescriptori, luând în considerare și perioada de valabilitate a prescripțiilor medicale."

67. În anexa nr. 15, la articolul 18, alineatele (4)-(7) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"(4) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1), (2), (3), alin. (3<sup>1</sup>) lit. b) și alin. (3<sup>2</sup>) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare."

68. În anexa nr. 15, la articolul 19, litera k) se modifică și va avea următorul cuprins:

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

69. În anexa nr. 17, la articolul 3, ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

"Tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu național prevăzut în anexa nr. 17A de 1.444 lei (tariful pe caz rezolvat  $\leq$  1/3 x valoarea relativă a cazului x 1.444) și nu poate fi mai mare de 480 lei."

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

"Suma disponibilă în bugetul casei de asigurări de sănătate cu destinația serviciilor medicale spitalicești pentru calculul sumelor suplimentare se repartizează proporțional spitalelor pe baza formulei de mai sus. Suma suplimentară ce poate fi contractată de casa de asigurări de sănătate cu fiecare spital poate varia cu până la +/- 30% față de suma suplimentară repartizată proporțional spitalelor, în funcție de particularitățile de la nivel local."

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

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

Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă, cât și pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG v1 la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu național prevăzut în anexa nr. 17A de 1.444 lei (tariful pe caz rezolvat  $\leq$  1/3 x valoarea relativă a cazului x 1.444) și nu poate fi mai mare de 480 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare.

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

- pentru spitalele care în anul 2011 au realizat valori ale indicatorilor contractați în regim de spitalizare de zi și care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate mai mari de 25% față de valoarea decontată

pentru indicatorii realizați în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări de sănătate contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2012 în limita a maximum 25%, cu următoarele excepții:

- unitățile sanitare care derulează programe naționale de sănătate, dar nu mai mult de 50%;
- instituturile de boli cardiovasculare care derulează programe naționale de sănătate, pentru care se poate depăși limita de 50%;
- pentru spitalele care în anul 2011 au realizat valori ale indicatorilor contractați în regim de spitalizare de zi și care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate mai mici de 25% față de valoarea decontată pentru indicatorii realizați în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări de sănătate contractează pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2012 o sumă la nivelul celei decontate în anul anterior, majorată cu o sumă reprezentând 5% din suma decontată pentru spitalizarea continuă în anul anterior, dar fără a depăși 25% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă, pentru anul 2012."

72. În anexa nr. 17, la articolul 9 alineatul (1) litera h), ultima teză se modifică și va avea următorul cuprins:

"Tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG vl la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu național prevăzut în anexa nr. 17A de 1.444 lei (tariful pe caz rezolvat  $\leq 1/3 \times$  valoarea relativă a cazului  $\times 1.444$ ) și nu poate fi mai mare de 480 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare."

73. În anexa nr. 17A, în tabel, pozițiile 1, 10, 21, 28, 40, 47, 48, 49, 50, 51, 61, 79, 85, 98, 106, 114, 124, 129, 130, 150, 169, 173, 174, 178, 189, 190, 196, 207, 209, 222, 228, 229, 230, 235, 257, 259, 262, 271, 272, 290, 297, 306, 308, 311, 319, 323, 329, 350, 351, 354, 369, 372 și 375 se modifică și vor avea următorul cuprins:

\*T\*

Nr. crt.	Cod spital	Denumire spital	ICM 2011	TCP 2012
"1.	AB01	Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia	1.1279	1444
.....				
10.	AG01	Spitalul Județean Pitești	1.2424	1444
.....				
21.	AR01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Arad	1.0469	1444
.....				
28.	B01	Spitalul Clinic «Sf. Maria» București	0.9438	1509
.....				
40.	B11	Institutul Oncologic «Prof. Dr. Al. Trestioreanu» București	0.7578	1770
.....				
47.	B15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie și TBC Osteoarticular «Foișor» București	1.1542	1910
48.	B16	Spitalul Clinic Colentina București	1.4120	1444
49.	B18	Institutul Clinic Fundeni București	1.1438	1808
50.	B19	Institutul de Boli Cardiovasculare «C. C. Iliescu» București	2.2980	1444
51.	B20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului «Prof. Dr. Alfred Rusescu» București	1.0248	1444
.....				
61.	B32	Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL «Prof. Dr. D. Hociotă» București	1.3957	1444
.....				
79.	BC01	Spitalul Județean de Urgență Bacău	0.9662	1444
.....				
85.	BC08	S.C. POLIMED S.R.L.	0.6763	1444



98.	BN01	Spitalul Județean de Urgență Bistrița	0.9713	1444
106.	BT01	Spitalul Județean de Urgență «Mavromati» Botoșani	0.9809	1444
114.	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie «Dr. I. A. Sbârcea» Brașov	0.8040	1444
124.	BV18	Clinicile ICCO SRL	1.7789	1444
129.	BZ01	Spitalul Județean Buzău	0.9899	1444
130.	BZ02	Spitalul Municipal Râmnicu Sărat	0.8361	1444
150.	CL03	Spitalul Orașenesc Lehliu-Gară	0.7583	1444
169.	CV01	Spitalul Județean «Dr. Fogolyan Kristof» Sfântu Gheorghe	1.1009	1444
173.	CV08	S.C. ANDIMEX S.R.L.	0.5999	1444
174.	DB01	Spitalul Județean Târgoviște	1.1523	1444
178.	DJ01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Craiova	1.0855	1444
189.	GJ01	Spitalul Județean Târgu Jiu	0.8893	1444
190.	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0.8735	1444
196.	GL01	Spitalul Județean Clinic de Urgență «Sf. Apostol Andrei» Galați	1.1325	1444
207.	HD01	Spitalul Județean Deva	1.2493	1444
209.	HD03	Spitalul Municipal de Urgență Petroșani	1.1399	1444
222.	IF06	Spitalul Județean «Sfinții împărați Constantin și Elena» Ilfov	0.8647	1444
228.	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare «Prof. Dr. G.I.M. Georgescu» Iași	2.4199	1444
229.	IS04	Spitalul Clinic «Dr. C.I. Parhon» Iași	1.2414	1806
230.	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie «Cuza-Vodă» Iași	1.0942	1444
235.	IS11	Spitalul Clinic de Urgență «Prof. Dr. N.	1.9260	1444

		Oblu» Iași		
.....				
257.	M15	Spitalul Militar de Urgență «Prof.Dr. Agrippa Ionescu»	1.0740	1444
.....				
259.	MH01	Spitalul Județean Drobeta-Turnu Severin	0.9999	1444
.....				
262.	MM01	Spitalul Județean de Urgență «Dr. Constantin Opriș» Baia Mare	1.2507	1444
.....				
271.	MS01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Târgu Mureș	1.7909	1444
272.	MS02	Spitalul Clinic Județean Mureș	1.3190	1444
.....				
290.	OT03	Spitalul Municipal Caracal	1.0472	1444
.....				
297.	PH07	Spitalul Municipal Câmpina	0.8526	1444
.....				
306.	PH98	Spitalul Municipal Ploiești	0.9990	1444
.....				
308.	SB01	Spitalul Clinic Județean Sibiu	1.2379	1444
.....				
311.	SB04	Spitalul Municipal Mediaș	0.9885	1444
.....				
319.	SM01	Spitalul Județean Satu Mare	0.9794	1444
.....				
323.	SV01	Spitalul Județean de Urgență «Sf. Ioan Cel Nou» Suceava	1.2296	1444
.....				
329.	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0.7139	1444
.....				
.....				
350.	TM01	Spitalul Județean Clinic de Urgență Timișoara	1.4721	1444
351.	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgență Timișoara	1.1295	1444
.....				
354.	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara	1.8450	1444
.....				
369.	TR02	Spitalul Municipal Turnu Măgurele	0.6072	1444
.....				
372.	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Roșiorii de Vede	0.8346	1444
.....				
375.	VL01	Spitalul Județean de Urgență Râmnicu Vâlcea	0.9717	1444"

\*ST\*

74. În anexa nr. 17A, la sfârșitul tabelului se introduce o notă cu următorul cuprins:

"NOTĂ: Modificările aduse pozițiilor din tabel prin art. unic pct. 73 din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 622/214/2012 intră în vigoare începând cu data de 1 iulie 2012."

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

"ANEXA Nr. 19 bis

Durata optimă de spitalizare pe secții/compartimente,  
stabilită de Școala Națională de Sănătate Publică,  
Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București

\*T\*

Nr. crt.	Cod secție	Secția sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile) - SNSPMPDSB
1	1011	Boli infecțioase	7
2	1012	Boli infecțioase copii	6
3	1023	HIV/SIDA	7
4	1033	Boli parazitare	5
5	1041	Boli profesionale	10
6	1051	Cardiologie	7
7	1052	Cardiologie copii	6
8	1061	Cronici	12
9	1071	Dermatovenerologie	7
10	1072	Dermatovenerologie copii	7
11	1081	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice	6,5
12	1082	Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice copii	5
13	1093	Dializă peritoneală	9
14	1101	Endocrinologie	5
15	1102	Endocrinologie copii	5
16	1111	Gastroenterologie	6
17	1121	Geriatric și gerontologie	12
18	1131	Hematologie clinică	6
19	1132	Hematologie copii	6
20	1141	Hemodializă	3
21	1151	Imunologie clinică și alergologie	6
22	1152	Imunologie clinica și alergologie copii	6
23	1163	Medicină generală	7
24	1171	Medicină internă	8
25	1191	Nefrologie	7
26	1192	Nefrologie copii	6
27	1202	Neonatologie (nou-născuți și prematuri)	5
28	1212	Neonatologie (nou-născuți)	5

29	1222	Neonatologie (prematuri) *)	17
30	1231	Neurologie	8
31	1232	Neurologie pediatrică	7
32	1241	Oncologie medicală	5
33	1242	Oncopediatrie	7
34	1252	Pediatrie	6
35	1262	Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrică)	5
36	1272	Pediatrie ( recuperare pediatrică)	28
37	1282	Pediatrie cronici	13
38	1291	Pneumologie	10
39	1292	Pneumologie copii	11
40	1301	Pneumoftiziologie **)	37
41	1302	Pneumoftiziologie pediatrică **)	32
42	1311	Psihiatrie acuți	14
43	1312	Psihiatrie pediatrică	8
44	1321	Psihiatrie (nevroze)	16
45	1333	Psihiatrie cronici	49
46	1343	Psihiatrie (acuți și cronici)	14
47	1353	Toxicomanie	13
48	1363	Radioterapie	12
49	1371	Recuperare, medicină fizică și balneologie	12
50	1433	Reumatologie	9
51	1453	Terapie intensivă coronarieni - UTIC	6
52	1463	Toxicologie	4
53	1473	Secții sanatoriale	60
54	2013	Arși	13
55	2023	Anestezie și terapie intensivă - ATI	4
56	2033	Chirurgie cardiovasculară	9
57	2043	Chirurgie cardiacă și a vaselor mari	9
58	2051	Chirurgie generală	7
59	2063	Chirurgie laparoscopică	6
60	2073	Chirurgie artroscopică	5
61	2083	Chirurgie oncologică	8
62	2092	Chirurgie și ortopedie pediatrică	5
63	2102	Chirurgie pediatrică	6
64	2113	Chirurgie plastică și reparatorie	6
65	2123	Chirurgie toracică	10
66	2133	Chirurgie vasculară	9
67	2141	Ginecologie	4
68	2151	Gineco-oncologie	5

69	2173	Neurochirurgie	7
70	2181	Obstetrică	4
71	2191	Obstetrică-ginecologie	4
72	2201	Oftalmologie	4
73	2202	Oftalmologie copii	6
74	2211	Ortopedie și traumatologie	6
75	2212	Ortopedie pediatrică	6
76	2221	Otorinolaringologie (ORL)	6
77	2222	Otorinolaringologie (ORL) copii	4
78	2241	Sterilitate - infertilitate	3
79	2263	TBC osteoarticular	29
80	2281	Transplant medular adulți	10
81	2282	Transplant medular copii	9
82	2293	Transplant renal	10
83	2301	Urologie	7
84	2302	Urologie pediatrică	7
85	6013	Chirurgie maxilofacială	5

\*ST\*

-----

\*) Pentru prematurul mic și foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

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

NOTA I:

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

2. Pentru secția recuperare neurologie adulți «Întorsura Buzăului» din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară «Dr. Benedek Geza», județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru secțiile recuperare neuromotorie «Gura Ocniței» din structura Spitalului Județean de Urgență Târgoviște, județul Dâmbovița, și Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie «Dezna», județul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile.

3. La spitalele/secțiile aferente poziției nr. 49 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici și patologii posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică și balneologie este de 21 de zile, cu excepția cazurilor complexe după intervenții neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme craniocerebrale, tumori operate și cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatiei, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru secțiile recuperare cardiovasculare adulți din structura Spitalului de Recuperare Cardio-Vasculară «Dr. Benedek Geza», județul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secția de recuperare, medicină fizică și balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

NOTA II:

Anexa nr. 19 bis este utilizată de Ministerul Sănătății pentru evaluarea performanțelor manageriale clinice ale spitalelor, cu referire la strategia națională de raționalizare a spitalelor."

76. În anexa nr. 20, la articolul 6, literele k) și af) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: bilet de trimiteri către unitățile sanitare de recuperare-reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu, prescripția medicală, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea serviciilor

medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;"

77. În anexa nr. 20, la articolul 6, după litera am) se introduc patru noi litere, literele an), ao), ap) și ar), cu următorul cuprins:

"an) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare obligația prevăzută anterior, acesta are obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate, în format electronic, la data prevăzută în contract/convenție, prescripțiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

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

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

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

"Pentru unitățile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, tariful pe caz rezolvat se negociază de unitățile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului. Tariful pe caz rezolvat reprezintă maximum 1/3 din suma corespunzătoare cazului codificat și grupat conform RO DRG vl la nivelul tarifului pe caz ponderat mediu național prevăzut în anexa nr. 17A la ordin de 1.444 lei (tariful pe caz rezolvat  $\leq$  1/3 x valoarea relativă a cazului x 1.444) și nu poate fi mai mare de 480 lei, cu excepția institutelor de boli cardiovasculare, pentru care tariful pe caz rezolvat în spitalizare de zi nu poate fi mai mare de 1/3 din tariful pe caz rezolvat în spitalizare continuă al fiecărui institut de boli cardiovasculare."

79. În anexa nr. 20, la articolul 8 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 8. - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract la art. 7 lit. a) - am) atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:"

80. În anexa nr. 20, la articolul 8, după alineatul (1) se introduc patru noi alineate, alineatele (1<sup>1</sup>)-(1<sup>4</sup>), cu următorul cuprins:

(1<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ao), se dă avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

(1<sup>2</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ap), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(1<sup>3</sup>) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzute la art. 6 lit. ar) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

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

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

(1<sup>4</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (1<sup>1</sup>) și (1<sup>2</sup>), nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 6 lit. ao) și ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripțiilor medicale de către farmacii cu raportările medicilor prescriptori, luând în considerare și perioada de valabilitate a prescripțiilor medicale."

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

"(2) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1), (1<sup>2</sup>) și (1<sup>3</sup>) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (1<sup>2</sup>) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1), (1<sup>2</sup>) și (1<sup>3</sup>) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate."

82. În anexa nr. 29, la articolul 6, literele k) și u) se modifică și vor avea următorul cuprins:

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

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate: prescripție medicală, precum și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în

vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la acesta contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;"

83. În anexa nr. 29, la articolul 6, după litera ae) se introduc trei noi litere, literele af)-ah), cu următorul cuprins:

"af) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

ag) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line; în situația în care nu a putut fi pusă în aplicare obligația prevăzută anterior, acesta are obligația să raporteze casei de asigurări de sănătate, în format electronic, la data prevăzută în contract/convenție, prescripțiile off-line prescrise în luna pentru care se face raportarea;

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

84. În anexa nr. 29, la articolul 10 alineatul (1), partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 10. - (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică și balneologie prevăzute în prezentul contract la art. 6 lit. a)-ae) atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:"

85. În anexa nr. 29, la articolul 10, după alineatul (1) se introduc trei noi alineate, alineatele (1<sup>1</sup>)-(1<sup>3</sup>), cu următorul cuprins:

"(1<sup>1</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ag), se dă avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru;

(1<sup>2</sup>) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 6 lit. ah) se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(1<sup>3</sup>) Pentru punerea în aplicare a sancțiunilor prevăzute la alin. (1<sup>1</sup>) și (1<sup>2</sup>), nerespectarea obligațiilor de la art. 6 lit. ag) și ah) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea lunară/trimestrială a raportării prescripțiilor medicale de către farmacia cu raportările medicilor prescriptori, luând în considerare și perioada de valabilitate a prescripțiilor medicale."

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

"(2) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (1) și (1<sup>2</sup>) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (1<sup>2</sup>) depășește prima plată, reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) și (1<sup>2</sup>) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate."

87. În anexa nr. 30, la articolul 1, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 1. - (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică on-line și off-line, se utilizează, dar nu mai târziu de data de 31 decembrie 2012, prescripția medicală off-line, care este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugări. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor [Legii nr. 339/2005](#) privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, iar formularul de prescripție medicală cu regim special este considerat prescripție medicală off-line.

După data de 31 decembrie 2012 se utilizează numai prescripția electronică on-line și, în cazuri justificate, prescripția electronică off-line. Prescripția medicală cu regim special utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope își păstrează regimul de prescripție medicală off-line și după data de 31 decembrie 2012."

88. În anexa nr. 30, la articolul 1, după alineatul (1) se introduc patru noi alineate, alineatele (1<sup>1</sup>)-(1<sup>4</sup>), cu următorul cuprins:

"(1<sup>1</sup>) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

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

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

Casele de asigurări de sănătate organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și a celor electronice off-line, pe medic prescriptor, și vor atribui furnizorilor de servicii medicale/medicilor care au

încheiate convenții pentru prescriere de medicamente un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora.

(1<sup>2</sup>) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinsă și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

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

(1<sup>3</sup>) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) o atașează la factura și borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia își poate păstra pentru evidența proprie o copie după prescripția medicală electronică (componenta prescriere).

(1<sup>4</sup>) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o atașează, alături de un exemplar al prescripției depuse de asigurat, la factura și borderoul centralizator care se înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării."

89. În anexa nr. 30, articolul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 4. - (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală cu regim special, precum și în formularul de prescripție medicală electronică, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală cu regim special, respectiv în formularul de prescripție medicală electronică, nu se eliberează de către farmaciile și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate."

90. În anexa nr. 30, la articolul 5, după alineatul (2) se introduce un alineat nou, alineatul (3), cu următorul cuprins:

"(3) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, justificarea medicală va avea în vedere efectele secundare sau ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI și pentru care medicul prescriptor a întocmit fișă de farmacovigilență pe care a înaintat-o Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale."

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

"Art. 7. - (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul prescriptor.

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

(2) În situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripția medicală cu regim special off-line prescrisă în 3 exemplare, acestea se anulează în fața primitorului pe toate exemplarele prescripției medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii «anulat», nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective.

Pentru prescripția electronică on-line și off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acestuia pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță, și care se depune de farmacie la casa de asigurări de sănătate. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

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

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

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI



au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției."

92. În anexa nr. 30, la articolul 10, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 10. - (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții medicale în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările ulterioare, pentru care se completează prescripții distincte. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european și țara, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv numărul pașaportului, țara și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european).

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările ulterioare, pentru care se completează prescripții distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligația să țină evidențe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripțiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și pentru sumele decontate pentru prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor europene (distinct pentru fiecare tip de formular european)."

93. În anexa nr. 31, la articolul 7, literele n) și y) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii «anulat», DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale - formular cu regim special off-line completat în 3 exemplare, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate [nr. 1.723/950/2011](#) pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările și completările ulterioare, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

.....  
y) să întocmească evidențe distincte, conform prevederilor legale în vigoare, pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiarii ai formularelor europene emise în baza [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza [Regulamentului \(CEE\) nr. 1.408/71](#) al Consiliului din 14 iunie 1971 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, și au obligația să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale documentele justificative care atestă serviciile acordate pentru această categorie de persoane;"

94. În anexa nr. 31, la articolul 8, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

"Art. 8. - (1) Decontarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestora. În situația în care în același formular de prescripție se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum și pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin [Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010](#), cu modificările ulterioare, pentru care se completează prescripții distincte.

Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, codul numeric personal al asiguratului, numărul cardului european, pentru titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, respectiv țara, numărul pașaportului și tipul de formular, pentru beneficiarii formularelor europene. În borderouri vor fi evidențiate distinct prescripțiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii, precum și prescripțiile eliberate pentru titularii de card european și beneficiarii formularelor europene.

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

95. În anexa nr. 36, la articolul 4, litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:

"f) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe țară, dacă, din motive justificate, nu poate fi utilizată prescrierea electronică; să asigure numai utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor

sociale de sănătate de la data la care prescrierea se face numai electronic; să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanță cu diagnosticul, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;"

96. În anexa nr. 36, la articolul 4, după litera g) se introduc patru noi litere, literele h)-k), cu următorul cuprins:

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

i) să utilizeze începând cu data de 1 iulie 2012 prescripția medicală electronică on-line și, în situații justificate, prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data de 31 decembrie 2012 inclusiv, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special off-line, iar după această dată se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și off-line;

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

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

97. În anexa nr. 36, după articolul 4 se introduce un nou articol, articolul 4<sup>1</sup>, cu următorul cuprins:

"Art. 4<sup>1</sup>. - (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 4 lit. j), se dă avertisment - pentru prima lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru.

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

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

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

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) și (3) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic.

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

98. În anexa nr. 36, la articolul 5, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 4 lit. a)-h) asumate prin prezenta convenție, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;"

99. În tot cuprinsul normelor metodologice, sintagma "cod numeric personal (CNP)" se înlocuiește cu sintagma "cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz".

Ministrul sănătății,  
Vasile Cepoi

Președintele Casei Naționale  
de Asigurări de Sănătate,  
Doru Bădescu

-----