

GUVERNUL ROMÂNIEI



HOTĂRÂRE

pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. I - 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, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 895 din 30 decembrie 2010, cu modificările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 15 literele l) și x) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„l) 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 medicală 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;

(...)

„x) 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 Fond;

2. La articolul 31, alineatul (1), după litera b) se introduce o nouă literă, lit. c), cu următorul cuprins:

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. La articolul 36, alineatul (1), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) plata prin tarif pe serviciu medical - exprimat în puncte, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, modalitatea de calcul a valorii definitive pentru un punct per serviciu, și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.”

4. La articolul 36, alineatul (1), după litera b) se introduce o nouă literă, lit. c), cu următorul cuprins:

“c) plata prin tarif pe serviciu – exprimat în lei, numai pentru semestrul II al anului 2012.

5. După alineatul (2) al articolul 36 se introduce un nou alineat, alin. (2¹), cu următorul cuprins:

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

- a) sumele necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;
- b) sume necesare pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei prevăzut la alin. (1) lit. c).
- c) 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a) și b).

6. La articolul 36, alineatul (4) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(4) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata pe serviciu prin tarif exprimat în puncte a medicilor de familie și numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.”

7. După alineatul (5) al articolului 36, se introduce un nou alineat, alin. (6), cu următorul cuprins:

„(6) Prin excepție de la prevederile alin. (5), 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: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade suma pentru plata per capita, suma pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei, precum și venitul cabinetelor medicale, prevăzut la art. 31 alin. (1) 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.”

8. La articolul 37, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(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, la valoarea pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu, iar pentru trimestrele III și IV ale anului 2012 și la nivelul tarifelor/servicii exprimate în lei. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor.”

9. Articolul 38 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 38 - Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus. 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.”

10. La articolul 39, alineatul (1), litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ b) la a doua constatare se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31, alin. (1), lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, cu 10%.”

11. La articolul 39, alineatul (2) litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„b) la a doua constatare se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31, alin. (1), lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, cu 10%.”

12. La articolul 39, alineatul (3) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(3) În cazul în care în derularea contractului se constată în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31, alin. (1) lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații.”

13. La articolul 49, alineatul (1), litera e) se abrogă.

14. La articolul 50, litera a) se modifică și va avea următorul cuprins:

„a) contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate;”

15. La articolul 53, alineatul (1), litera b), după subpunctul b2 se introduce un nou subpunct, subpct. b3), cu următorul cuprins:

„b3) serviciile medicale acordate în specialitățile clinice, pentru care plata se face prin tarif/serviciu exprimat în lei, conform normelor, numai pentru semestrul II al anului 2012.”

16. La articolul 53, alineatul (1), după litera c) se introduce o nouă literă, lit. d) cu următorul cuprins:

„d) plata prin tarif pe serviciu exprimat în lei, stabilit prin norme, pentru specialitatea de recuperare-reabilitare, numai pentru semestrul II al anului 2012. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare.”

17. Articolul 54 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 54. (1) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice se defalchează trimestrial.

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.

(2) - Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată pentru un punct, unică pe țară și prevăzută în norme, iar pentru trimestrele III și IV ale anului 2012 și la nivelul tarifului/serviciu exprimat în lei prevăzut în norme. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în luna următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Valoarea definitivă a unui punct nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.”

18. Articolul 55 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 55 - Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se regularizează conform normelor. La regularizare se au în vedere și serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus. La regularizarea trimestrului IV al anului 2012 se au în vedere și serviciile clinice 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.”

19. La articolul 57, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ b) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 56 alin. (1) și (2), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 56 alin. (3); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 56 alin. (1) de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 56 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;”

20. La articolul 67, alineatul (1), după litera g) se introduce o nouă literă, lit. h), cu următorul cuprins:

„h) să raporteze consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare.”

21. După alineatul (1) al articolului 76, se introduce un nou alineat, alin. (1¹), cu următorul cuprins:

„(1¹) Nerespectarea obligației de către unitățile sanitare cu paturi prevăzută la art. 67 alin. (1) lit. h) atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

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

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

22. La articolul 76, alineatele (2), (3) și (5), se modifică și vor avea următorul cuprins:

„(2) Reținerea sumei **potrivit** alin. (1) și (1¹) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei **potrivit** alin. (1) și (1¹) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) și (1¹).”

23. Alineatul (4) al articolului 76 se abrogă.

24. La articolul 99, litera g) se modifică și va avea următorul cuprins:

„g) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu – factura și alte documente justificative prevăzute în norme. Sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor lit. v);

25. La articolul 99, literele y) și z) se abrogă.

26. După articolul 142 se introduce un nou articol, art. 143, cu următorul cuprins:

„Art. 143. (1) – Începând cu data de 1 iulie 2012 toți furnizorii de servicii medicale și medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare. Prin excepție, până la data prevăzută în norme, în situații justificate, prescrierea medicamentelor se poate face utilizând formularul de prescripție medicală cu regim special –off-line.

(2) Un medic nu poate prescrie unui asigurat medicamente în tratamentul ambulatoriu utilizând în același timp prescripția medicală electronică și prescripția medicală cu regim special.

(3) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;

(4) Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor utilizând prescrierea electronică se stabilesc prin norme. Prescrierea electronică de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate se face on-line și numai în situații justificate prescrierea se face off-line. Prescrierea electronică off-line se face de la data prevăzută în norme.

(5) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în

care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică prescripția medicală se va lista pe suport de hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme.

(6) Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația 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.

(7) În situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la alin. (6) furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să introducă în sistemul informatic 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;

(8) În cazul în care, în derularea contractului/convenției, se constată nerespectarea obligației prevăzută la alin. (6) 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 și asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice – pentru a doua lună pentru care se constată nerespectarea obligației din cadrul unui trimestru;

(9) În cazul în care, în derularea contractului/convenției, se constată nerespectarea obligației prevăzută la alin. (7) se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(10) Reținerea sumelor prevăzute la alin. (8) lit. b) și alin. (9) 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. (8) lit. b) și alin. (9) depășește prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(11) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (8) lit. b) și alin. (9) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și pentru furnizorii care au încheiate convenții pentru prescriere medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

(12) Pentru cazurile prevăzute la alin. (8) și (9) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic prescriptor.

Art. II. - Modelul prescripției medicale electronice prevăzute la art. 143 alin. (3) și normele metodologice privind utilizarea și modul de completare a acesteia se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri.

Art. III. În tot cuprinsul Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările ulterioare, sintagma „cod numeric personal” se înlocuiește cu sintagma „cod numeric personal/cod unic de asigurare, după caz”.

PRIM- MINISTRU
VICTOR – VIOREL PONTA