



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 185 (XXIX) — Nr. 222

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 31 martie 2017

SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE	
Decizia nr. 675 din 17 noiembrie 2016 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale și a dispozițiilor art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală	2-4
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
155. — Hotărâre privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018	5-24
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
355. — Ordin al ministrului transporturilor privind aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli pe anul 2017 al Autorității Navale Române	25-27
356. — Ordin al ministrului transporturilor privind aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli pe anul 2017 al Autorității Rutiere Române — A.R.R.	28-30
357. — Ordin al ministrului transporturilor privind aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli pe anul 2017 al Agenției de Investigare Feroviară Română — AGIFER	30-32

DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE**CURTEA CONSTITUȚIONALĂ****DECIZIA Nr. 675**

din 17 noiembrie 2016

referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale și a dispozițiilor art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală

Valer Dorneanu	— președinte
Marian Enache	— judecător
Petre Lăzăroiu	— judecător
Mircea Ștefan Minea	— judecător
Daniel-Marius Morar	— judecător
Mona-Maria Pivniceru	— judecător
Livia Doina Stanciu	— judecător
Simona-Maya Teodoroiu	— judecător
Varga Attila	— judecător
Daniela Ramona Marițiu	— magistrat-asistent

Cu participarea reprezentantului Ministerului Public, procuror Cosmin Grancea.

1. Pe rol se află soluționarea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale și a dispozițiilor art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală, excepție ridicată de Daniel Capră și Marius Alexandru Gîscă în Dosarul nr. 8.837/105/2014 al Tribunalului Prahova — Secția penală. Excepția formează obiectul Dosarului Curții Constituționale nr. 284D/2016.

2. La apelul nominal răspunde Daniel Capră, personal și asistat de avocat Cristian Popina, cu delegație depusă la dosar, și Marius Gîscă, reprezentat de avocat Nicolae Trăistariu, cu delegație depusă la dosar. Lipsesc celelalte părți, față de care procedura de citare a fost legal îndeplinită. Magistratul-asistent referă asupra notelor scrise depuse la dosar de către Ministerul Public, prin care se solicită respingerea excepției de neconstituționalitate.

3. Cauza fiind în stare de judecată, președintele acordă cuvântul domnului avocat Cristian Popina, care solicită admiterea excepției de neconstituționalitate. Făcând referire la cuprinsul art. 2 lit. f) și al art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005, apreciază că infracțiunea de evaziune fiscală reglementată de cel de-al doilea articol este lipsită de claritate din perspectiva elementului material, fiind greu de determinat sfera de aplicare a normei pentru a stabili cu exactitate acțiunile sau inacțiunile prohibite de legea penală. Față de această împrejurare, dispozițiile criticate încalcă prevederile art. 23 alin. (12) și art. 73 alin. (3) lit. h) din Constituție, precum și pe cele ale art. 7 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale. Un act normativ trebuie să îndeplinească anumite condiții calitative, printre acestea numărându-se previzibilitatea, ceea ce presupune că acesta trebuie să fie suficient de precis și clar pentru a putea fi aplicat. De asemenea, norma trebuie să fie enunțată cu suficientă precizie pentru a permite cetățeanului să își adapteze conduita în funcție de aceasta, astfel încât, apelând la nevoie la consiliere de specialitate în materie, el să fie capabil să prevadă, într-o măsură rezonabilă, față de circumstanțele speței, consecințele care ar putea rezulta dintr-o anumită faptă și să își corecteze conduita. În continuare, invocă dispozițiile art. 8 alin. (4) teza întâi din Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative.

4. Având cuvântul, domnul avocat Nicolae Trăistariu solicită admiterea excepției de neconstituționalitate. În susținerea excepției, depune înscrisuri care dovedesc, în opinia sa, că Dispoziția șefului Poliției Române nr. 9/2014 nu a fost publicată.

Aceasta dovedește că dispozițiile art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală sunt neconstituționale. Apreciază că numai judecătorul și procurorul, nu și organul de poliție, sunt cei îndrituiți să stabilească controlul judiciar în componenta să privind durata prezentării, data, frecvența. Arată că, potrivit art. 126 alin. (1) din Constituție, justiția se realizează prin Înalta Curte de Casație și Justiție și prin celelalte instanțe judecătorești stabilite de lege, astfel că organul de poliție nu poate înfăptui justiția, într-un stat de drept.

5. Reprezentantul Ministerului Public solicită respingerea, ca neîntemeiată, a excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005. Susține că, din textul art. 2 lit. f) din Legea nr. 241/2005, care conține o definiție a noțiunii de „operațiuni fictive”, se poate deduce care sunt prescripțiile textului de lege criticat. Aceste dispoziții permit destinatarilor legii să își dea seama că, dacă, cu rea-credință, evidențiază în contabilitate operațiuni care în fapt nu există, săvârșesc infracțiunea de evaziune fiscală. Apreciază că trebuie luate în considerare și clarificările oferite de către jurisprudența instanțelor, de exemplu deciziile Înaltei Curți de Casație și Justiție nr. 272/2013 și nr. 4.011/2013. În ceea ce privește excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală, apreciază că și aceasta este neîntemeiată. În acest sens, invocă Decizia Curții Constituționale nr. 336 din 24 mai 2016, paragraful 21. Arată că, în practică, organul judiciar care dispune măsura controlului judiciar dispune și frecvența cu care persoana supusă controlului judiciar se prezintă la organul de poliție.

CURTEA,

având în vedere actele și lucrările dosarului, reține următoarele:

6. Prin Încheierea din 26 februarie 2016, pronunțată în Dosarul nr. 8.837/105/2014, **Tribunalul Prahova — Secția penală a sesizat Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale și a dispozițiilor art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală**, excepție ridicată de Daniel Capră și Marius Alexandru Gîscă, cu ocazia soluționării unei cauze penale.

7. **În motivarea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005, autorii acesteia susțin că acestea nu respectă principiul previzibilității, fiind lipsite de claritate din perspectiva elementului material al infracțiunii, cu consecința imposibilității stabilirii cu exactitate a acțiunilor sau inacțiunilor prohibite de legea penală.** În continuare, fac referire la deciziile Curții Constituționale nr. 1.205 din 20 septembrie 2011, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 795 din 9 noiembrie 2011; nr. 189 din 2 martie 2006, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 307 din 5 aprilie 2006; nr. 903 din 6 iulie 2010, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 584 din 17 august 2010; nr. 26 din 18 ianuarie 2012, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 116 din 15 februarie 2012, precum și la Hotărârea Curții Europene a Drepturilor Omului din 4 mai 2000 pronunțată în Cauza *Rotaru împotriva României* și Hotărârea din 25 ianuarie 2007 pronunțată în Cauza *Sissanis împotriva României*. Autorii susțin că o lege îndeplinește condițiile calitative impuse atât de Constituție, cât

și de Convenție numai dacă norma este enunțată cu suficientă precizie pentru a permite cetățeanului să își adapteze conduita în funcție de aceasta, astfel încât, apelând la nevoie la consiliere de specialitate în materie, el să fie capabil să prevadă, într-o măsură rezonabilă, față de circumstanțele speței, consecințele care ar putea rezulta dintr-o anumită faptă și să își corecteze conduita. De asemenea, arată că prevederile art. 23 alin. (12) din Constituție impun garanția reglementării prin lege a incriminării faptelor și stabilirea sancțiunii corespunzătoare și, în mod implicit, obligația în sarcina legiuitorului de a adopta legi care să respecte cerințele de calitate ale acestora, care se circumscriu principiului legalității prevăzut la art. 1 alin. (5) din Legea fundamentală. Având în vedere aceste aspecte, apreciază că legiuitorul nu reglementează într-un mod clar și neechivoc o definiție a „operațiunii fictive” și nici modul în care se poate determina existența sau inexistența acesteia.

8. În ceea ce privește dispozițiile art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală, autorii excepției susțin că acestea contravin prevederilor constituționale ale art. 1 alin. (3), art. 53 alin. (2) și art. 126 alin. (1), deoarece organul de poliție nu poate înfăptui justiția într-un stat de drept. Apreciază că dispozițiile criticate încalcă dreptul la un proces echitabil, în componenta să referitoare la dreptul oricărei persoane la judecarea în mod echitabil de către o instanță independentă și imparțială, deoarece lasă în sarcina organului de poliție stabilirea programului de supraveghere în cazul luării măsurii controlului judiciar.

9. **Tribunalul Prahova — Secția penală** arată că nu își poate exprima opinia în ceea ce privește excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005. Apreciază că la momentul procesual la care se află cauza, nefiind audiați inculpații și nefiind administrate alte probe, exprimarea unei opinii este inoportună, în contextul în care s-ar putea aprecia că instanța se antepuntonță referitor la existența sau nu a elementelor constitutive ale infracțiunii pentru care inculpații au fost trimiși în judecată.

10. În ceea ce privește excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală, instanța opinează în sensul că lăsarea la latitudinea organului de poliție, organ administrativ, stabilirea programului de supraveghere în cazul luării măsurii controlului judiciar, nu îndeplinește condițiile de previzibilitate și nici nu dă posibilitatea inculpatului de a contesta modalitatea de punere în practică a controlului judiciar, respectiv a programului de supraveghere instituit, conform ordinelor interne ale organelor de poliție, care nu sunt autorități judiciare.

11. Pe de altă parte, arată că instanța poate modifica orice obligație instituită în sarcina inculpatului, dar nu există posibilitatea controlului modalității în care organul de poliție își exercită atribuțiile care nu sunt stabilite prin lege, ci printr-un ordin administrativ. Raportat la această situație, apreciază că instanța ar trebui să aibă posibilitatea cenzurării programului de supraveghere instituit de organele de poliție, în contextul în care organul judiciar este cel care a aplicat măsura.

12. Potrivit prevederilor art. 30 alin. (1) din Legea nr. 47/1992, actul de sesizare a fost comunicat președinților celor două Camere ale Parlamentului, Guvernului și Avocatului Poporului, pentru a-și exprima punctele de vedere asupra excepției de neconstituționalitate.

13. **Guvernul** apreciază că autorii excepției critică dispozițiile art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 pentru ceea ce nu conțin, astfel încât nu este dedusă judecării Curții Constituționale o veritabilă excepție de neconstituționalitate, solicitându-se, în realitate, adoptarea unei noi soluții legislative. Or, potrivit art. 2 alin. (2) și (3) din Legea nr. 47/1992, Curtea Constituțională nu are competența de a completa, modifica, interpreta sau aplica legile, astfel încât excepția de neconstituționalitate este inadmisibilă. În subsidiar, apreciază că excepția de neconstituționalitate este neîntemeiată. În acest sens, arată că dispozițiile art. 9 alin. (1)

lit. c) din Legea nr. 241/2005 sunt incluse într-o lege organică, fiind conforme cu prevederile art. 73 alin. (3) lit. h) din Constituție. Apreciază că pedeapsa pentru infracțiunea reglementată de art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 este una prevăzută de lege, motiv pentru care dispozițiile legale criticate sunt conforme și cu prevederile art. 23 alin. (12) din Constituție și ale art. 7 din Convenția europeană a drepturilor omului. În continuare, face referire la Decizia Curții Constituționale nr. 871 din 10 decembrie 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 154 din 29 februarie 2016, apreciind că argumentele care au fundamentat soluția pronunțată prin această decizie sunt valabile, *mutatis mutandis*, și în ceea ce privește excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) și art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005.

14. În ceea ce privește excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală, Guvernul consideră că aceasta nu este întemeiată, argumentele care au fundamentat soluția pronunțată prin Decizia Curții Constituționale nr. 734 din 3 noiembrie 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 935 din 17 decembrie 2015 fiind valabile și în prezenta cauză.

15. **Președinții celor două Camere ale Parlamentului și Avocatul Poporului** nu au comunicat punctele lor de vedere asupra excepției de neconstituționalitate.

CURTEA,

examinând actul de sesizare, punctul de vedere al Guvernului, raportul întocmit de judecătorul-raportor, notele scrise depuse la dosar, susținerile părților prezente, concluziile procurorului, dispozițiile legale criticate, raportate la prevederile Constituției, precum și Legea nr. 47/1992, reține următoarele:

16. Curtea Constituțională a fost legal sesizată și este competentă, potrivit dispozițiilor art. 146 lit. d) din Constituție, precum și ale art. 1 alin. (2), ale art. 2, 3, 10 și 29 din Legea nr. 47/1992, să soluționeze excepția de neconstituționalitate.

17. Obiectul excepției de neconstituționalitate îl constituie dispozițiile art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 672 din 27 iulie 2005, precum și dispozițiile art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală. Dispozițiile criticate au următorul conținut:

— Art. 2 lit. f) din Legea nr. 241/2005: „*În înțelesul prezentei legi, termenii și expresiile de mai jos se definesc după cum urmează: [...] f) operațiune fictivă — disimularea realității prin crearea aparentei existenței unei operațiuni care în fapt nu există*”;

— Art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005: „(1) *Constituie infracțiuni de evaziune fiscală și se pedepsesc cu închisoare de la 2 ani la 8 ani și interzicerea unor drepturi următoarele fapte săvârșite în scopul sustragerii de la îndeplinirea obligațiilor fiscale: [...] c) evidențierea, în actele contabile sau în alte documente legale, a cheltuielilor care nu au la bază operațiuni reale ori evidențierea altor operațiuni fictive*”;

— Art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală: „(1) *Pe timpul cât se află sub control judiciar, inculpatul trebuie să respecte următoarele obligații: [...] c) să se prezinte la organul de poliție desemnat cu supravegherea sa de către organul judiciar care a dispus măsura, conform programului de supraveghere întocmit de organul de poliție sau ori de câte ori este chemat.*”

18. În opinia autorilor excepției, dispozițiile criticate contravin prevederilor constituționale cuprinse în art. 1 alin. (3) și (5) referitor la statul român, art. 23 alin. (12) referitor la libertatea individuală, art. 53 alin. (2) referitor la restrângerea exercițiului unor drepturi sau al unor libertăți, art. 73 alin. (3) lit. h) referitor la categoriile de legi și în art. 126 alin. (1) referitor la instanțele judecătorești. De asemenea, sunt invocate prevederile art. 6 și art. 7 din Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

19. Examinând excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005, Curtea reține că autorii acesteia critică, în esență, faptul că sintagma „operațiuni fictive” este lipsită de claritate și previzibilitate. Având în vedere acest aspect, Curtea observă că, prin Decizia nr. 363 din 7 mai 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 495 din 6 iulie 2015, a statuat cu valoare de principiu că dispozițiile art. 23 alin. (12) din Constituție impun garanția reglementării prin lege a incriminării faptelor și stabilirea sancțiunii corespunzătoare și, în mod implicit, obligația în sarcina legiuitorului de a adopta legi care să respecte cerințele de calitate ale acestora, care se circumscriu principiului legalității prevăzut la art. 1 alin. (5) din Constituție. Având în vedere jurisprudența proprie și cea a Curții Europene a Drepturilor Omului referitoare la condițiile pe care o lege trebuie să le îndeplinească pentru a fi conformă Constituției și Convenției, Curtea a statuat că o lege îndeplinește condițiile calitative impuse atât de Constituție, cât și de Convenție, numai dacă norma este enunțată cu suficientă precizie pentru a permite cetățeanului să își adapteze conduita în funcție de aceasta, astfel încât, apelând la nevoie la consiliere de specialitate în materie, el să fie capabil să prevadă, într-o măsură rezonabilă, față de circumstanțele speței, consecințele care ar putea rezulta dintr-o anumită faptă și să își corecteze conduita. Totodată, Curtea, având în vedere principiul generalității legilor, a reținut că poate să fie dificil să se redacteze legi de o precizie totală și o anumită suplețe, poate chiar să se dovedească de dorit, suplețe care nu trebuie să afecteze însă previzibilitatea legii.

20. În ceea ce privește critica potrivit căreia dispozițiile criticate nu definesc într-un mod clar sintagma „operațiuni fictive”, Curtea observă că, potrivit art. 2 lit. f) din Legea nr. 241/2005, operațiunea fictivă reprezintă disimularea realității prin crearea aparenței existenței unei operațiuni care în fapt nu există. În cazul infracțiunii prevăzute de dispozițiile art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005, elementul material al acesteia constă în evidențierea, în actele contabile sau în alte documente legale, a cheltuielilor care nu au la bază operațiuni reale ori evidențierea altor operațiuni fictive. În acest context, Curtea apreciază că sintagma „care nu au la bază operațiuni reale” se referă la acele operațiuni care nu corespund realității faptice sau juridice, iar „operațiunile fictive” se referă la acele operațiuni imaginare, care în fapt nu există.

21. Plecând de la aceste premise, Curtea reține că sintagma criticată este clar definită de lege, indivizii putându-și da seama din conținutul dispozițiilor legale incidente care sunt actele sau omisiunile care angajează răspunderea penală a acestora,

25. Pentru considerentele expuse mai sus, în temeiul art. 146 lit. d) și art. 147 alin. (4) din Constituție, precum și al art. 1—3, al art. 11 alin. (1) lit. A. d) și al art. 29 din Legea nr. 47/1992, cu unanimitate de voturi,

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge, ca neîntemeiată, excepția de neconstituționalitate ridicată de Daniel Capră și Marius Alexandru Gîscă în Dosarul nr. 8.837/105/2014 al Tribunalului Prahova — Secția penală și constată că dispozițiile art. 2 lit. f) cu trimitere la art. 9 alin. (1) lit. c) din Legea nr. 241/2005 pentru prevenirea și combaterea evaziunii fiscale și dispozițiile art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală sunt constituționale în raport cu criticile formulate.

Definitivă și general obligatorie.

Decizia se comunică Tribunalului Prahova — Secția penală și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Pronunțată în ședința din data de 17 noiembrie 2016.

PREȘEDINTELE CURȚII CONSTITUȚIONALE

prof. univ. dr. **VALER DORNEANU**

prevederile criticate întrunind condițiile de claritate, precizie, previzibilitate și accesibilitate circumscrie principiului legalității prevăzut de dispozițiile art. 1 alin. (5) din Constituție.

22. În ceea ce privește dispozițiile art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală, Curtea constată că, prin Decizia nr. 734 din 3 noiembrie 2015, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 935 din 17 decembrie 2015, a reținut că obligația prevăzută la art. 215 alin. (1) lit. c) din Codul de procedură penală, respectiv aceea a inculpatului de a se prezenta la organul de poliție desemnat cu supravegherea să de către organul judiciar care a dispus măsura, conform programului de supraveghere întocmit de organul de poliție sau ori de câte ori este chemat, face parte din categoria obligațiilor „de a face”/pozitive ce trebuie respectate de către orice inculpat în privința căruia este dispusă măsura controlului judiciar. În același timp, analizând critica conform căreia sintagma „ori de câte ori este chemat”, din cuprinsul normelor procesual penale ale art. 215 alin. (1) lit. c), nu corespunde cerinței de calitate a legii procesual penale, neoferind persoanelor în cauză protecția adecvată împotriva acțiunilor arbitrare ale organelor statului, Curtea a constatat că acest drept, conferit de legiuitor organelor judiciare, de a chema inculpatul în fața lor ori de câte ori este nevoie, corespunde aceleiași finalități a controlului judiciar, aceea de realizare a instrucției penale. În acest sens, Curtea a reținut că prezentarea periodică a inculpatului în fața organului de poliție, potrivit programului de supraveghere sau la solicitarea organelor judiciare, în a căror rază teritorială locuiește sau domiciliază, are ca finalitate asigurarea unei desfășurări a procesului penal, împiedicarea sustragerii inculpatului de la urmărire penală sau de la judecată și prevenirea săvârșirii de noi infracțiuni.

23. Totodată, Curtea observă că, prin Decizia nr. 333 din 24 mai 2016, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 646 din 23 august 2016, a reținut că stabilirea conținutului programului de supraveghere de către organul de poliție reprezintă o modalitate de aducere la îndeplinire a controlului judiciar, așadar un act de executare constând în aducerea la îndeplinire a unei decizii a organelor judiciare, prin aceasta nefiind încălcat principiul separației și echilibrului puterilor în stat, în fapt fiind vorba despre o colaborare a diferitelor organe ale statului în realizarea funcțiilor atribuite lor, având ca scop asigurarea unei desfășurări a procesului penal, împiedicarea sustragerii inculpatului de la urmărire penală sau de la judecată, precum și prevenirea săvârșirii unor noi infracțiuni.

24. Întrucât nu au intervenit elemente noi, de natură să determine schimbarea acestei jurisprudențe, atât considerentele, cât și soluțiile pronunțate de Curte prin deciziile precitate își păstrează valabilitatea și în prezenta cauză.

Magistrat-asistent,
Daniela Ramona Marițiu

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Se aprobă programele naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, precum și structura și obiectivele acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

(2) Programele naționale de sănătate se derulează în mod distinct după cum urmează:

a) de către Ministerul Sănătății — programele naționale de sănătate publică;

b) de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate — programele naționale de sănătate curative.

Art. 2. — Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, denumite în continuare *norme tehnice*, se aprobă după cum urmează:

a) prin ordin al ministrului sănătății, pentru programele naționale de sănătate publică;

b) prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătății, pentru programele naționale de sănătate curative.

Art. 3. — (1) Programele naționale de sănătate publică se finanțează de la bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul de stat și din venituri proprii, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

(2) Programele naționale de sănătate curative se finanțează de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare *Fond*, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

(3) Sumele alocate programelor naționale de sănătate sunt aprobate anual prin legea bugetului de stat, potrivit prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

(4) Detalierea fondurilor menționate la alin. (1) și (2) pe programe naționale de sănătate publică, respectiv programe naționale de sănătate curative este prevăzută în normele tehnice.

Art. 4. — (1) Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin unități de specialitate, prevăzute în normele tehnice.

(3) Includerea unităților de specialitate în programele naționale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății și a unei metodologii de selecție care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

(4) Unitățile de specialitate sunt:

a) instituții publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale; selecția furnizorilor privați de servicii medicale se realizează potrivit prevederilor alin. (3);

d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

(5) Programele naționale de sănătate publică derulate și finanțate de Ministerul Sănătății sunt prevăzute la lit. A din anexă.

Art. 5. — (1) Programele naționale de sănătate curative derulate și finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt prevăzute la lit. B din anexă.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări sociale de sănătate județene și a municipiului București, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, răspunde de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite structurii cu atribuții în elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătății, trimestrial, anual și ori de câte ori este nevoie, indicatorii fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, precum și modul în care acestea sunt derulate.

Art. 6. — (1) Ministerul Sănătății repartizează direcțiilor de sănătate publică, unităților sanitare din rețeaua sanitară proprie, precum și instituțiilor din subordine fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă, în condițiile legii.

(2) Controlul derulării programelor naționale de sănătate publică se exercită de către direcțiile de sănătate publică și/sau de către structurile de control din cadrul Ministerului Sănătății, după caz.

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

Art. 7. — (1) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților de specialitate prin care acestea se implementează.

(2) Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli și execuția bugetului de venituri și cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate derulate.

(3) Sumele aprobate pentru derularea programelor naționale de sănătate publică se alocă lunar, la solicitările unităților de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, întocmite pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, în funcție de indicatorii realizați și în limita fondurilor aprobate cu această destinație, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(4) Sumele aprobate pentru decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea eliberate și serviciilor medicale efectuate în cadrul

programelor naționale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, în funcție de indicatorii realizați și în limita fondurilor aprobate cu această destinație, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(5) Sumele prevăzute în bugetul Ministerului Sănătății pentru finanțarea programelor naționale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă se alocă după cum urmează:

a) instituțiilor publice și furnizorilor de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății, pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică și/sau asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate, după caz;

b) furnizorilor de servicii medicale din rețeaua autorităților administrației publice locale și a ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, precum și furnizorilor de servicii medicale privați, în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică sau, după caz, cu instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății, după caz.

(6) Sumele prevăzute în bugetul Fondului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă se alocă în baza contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

(7) Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne, respectiv sarcom Ewing și neuroblastom, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (4), care sunt în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizare de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz. Medicamentele în tratamentul ambulatoriu eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, care fac obiectul contractelor cost-volum, se eliberează de către farmacii în baza actelor adiționale încheiate în acest sens.

(8) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie și a Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie în spitalizare de zi, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu după cum urmează:

a) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (4) lit. b) și c) care se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești;

b) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (4) lit. b) și c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă și care se află sau nu se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

(9) Unitățile de specialitate prevăzute la alin. (8) lit. b), în vederea intrării în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, trebuie să îndeplinească următoarele condiții de eligibilitate:

a) să fie organizate în una dintre formele legale prevăzute de actele normative în vigoare;

b) să fie autorizate și evaluate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(10) În vederea intrării în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, unitățile de specialitate prevăzute la alin. (8) lit. b) au obligația de a depune documentele prevăzute în normele tehnice.

Art. 8. — (1) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate sunt rapoarturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2018.

(2) În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Angajamentele legale încheiate în exercițiul curent din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

(4) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.

(5) Sumele nedecontate pentru medicamentele și materialele sanitare specifice utilizate în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și sumele nedecontate pentru servicii de dializă și serviciile de radioterapie efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs și se înregistrează atât la plăți, cât și la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

(6) Angajamentele legale aferente medicamentelor și materialelor sanitare specifice utilizate pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum și pentru servicii de dializă, servicii de radioterapie, efectuate în luna decembrie, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu pot depăși media lunară a primelor 11 luni ale aceluiași an.

(7) Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, de medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative, în limita fondurilor aprobate fiecărui program/subprogram național de sănătate.

(8) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice, asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim ambulatoriu/de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale spitalicești furnizate în regim de spitalizare continuă într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare continuă nu poate acorda serviciile.

(9) Serviciile medicale, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor, asigurate bolnavilor în cadrul programului național de oncologie pot fi acordate într-o unitate sanitară în regim de spitalizare de zi, concomitent cu serviciile medicale furnizate în regim de spitalizare de zi în aceeași unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, dacă unitatea sanitară la care pacientul este internat în regim de spitalizare de zi nu poate acorda serviciile.

(10) Pentru situațiile prevăzute la alin. (8) și (9), serviciile asigurate sunt validate și decontate din bugetul programelor naționale de sănătate curative.

(11) Pentru situațiile prevăzute la alin. (8) și (9), dacă pacientul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ.

Art. 9. — Unitățile sanitare cu paturi, furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, furnizorii de servicii medicale paraclinice, furnizorii de servicii de dializă, furnizorii de servicii de radioterapie aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative au următoarele obligații generale:

a) să furnizeze servicii medicale pacienților asigurați, cuprinși în programele naționale de sănătate curative, și să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, potrivit destinației acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice din cadrul programelor naționale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului la bolnavii cu insuficiență renală cronică care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică; unitățile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

e) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate documentele justificative/declarațiile de servicii lunare, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor aferente medicamentelor, inclusiv medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate, precum și a serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura și documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente și materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

f) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr pașaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant

identificat prin codul de parafă, medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

g) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei care îndeplinesc criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice și sunt publicați pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate;

i) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinște în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, serviciilor, după caz. În situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate. Medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior

nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate, iar în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată; serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile prevăzute la lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale furnizate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

p) să pună la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

q) să nu încaseze sume de la asigurați pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluși în unele programe naționale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăți, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să informeze asigurații cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicațiilor medicale și asupra consecințelor nerespectării acestora în cadrul programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la decontarea din Fond numai a materialelor sanitare specifice și a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern;

s) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 10. — Unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative au următoarele obligații specifice:

a) să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale și bănești;

b) să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe subdiviziunile clasificăției bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;

c) să achiziționeze, în condițiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ-valorice, în condițiile legii, la nivelul prețului de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare;

d) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, inclusiv pentru DCI-uri notate cu (**)¹, prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare precum și pentru DCI-uri care fac obiectul contractelor cost-volum;

e) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line/copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele/materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate;

f) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică on-line și numai pentru situații justificate prescripția electronică off-line, pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamentele și materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată, iar în situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale

corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, să informeze asigurații prin medicii curanți/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

g) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare; în vederea asigurării tratamentului cu medicamente biologice, precum și în cazul medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea acestora în foaia de observație clinică generală/foaia de spitalizare de zi se realizează pe denumire comercială;

h) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare;

i) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului de la data implementării acestuia;

j) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile și documentele solicitate de aceasta în domeniu pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului;

k) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line și prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

l) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

m) să asigure medicamente în cadrul programelor naționale curative de oncologie, diabet zaharat și hemofilie pentru pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

n) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru pacienții beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

o) să întocmească evidențe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea asigurate potrivit prevederilor lit. m) și n) și decontate din bugetul Fondului;

p) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală serviciile prevăzute la lit. m) și n), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare;

q) să asigure bolnavului care se află în spitalizare continuă transportul medicalizat, după caz, în vederea efectuării

serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

r) să întocmească și să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naționale curative de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile, ortopedie și boli cardiovasculare. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora.

Art. 11. — Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, au următoarele obligații specifice:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele coresponzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista C, secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI), cu prioritate la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului și înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

c) să verifice prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

d) să respecte modul de eliberare a medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, și să nu înlocuiască un produs biologic cu biosimilarul, fără recomandarea medicului;

e) să își stabilească programul de funcționare, pe care să îl afișeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuității privind furnizarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții, și să afișeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative din prescripțiile medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract;

g) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii „anulat”, în fața primitivului, pe exemplarele prescripției medicale electronice off-line, în condițiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare specifice din farmacie în cadrul sumei respective;

h) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

i) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii și reclamații; condica va fi numerotată de farmacie și ștampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relație contractuală;

j) să asigure prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

k) să se informeze asupra condițiilor de furnizare a medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative;

l) să elibereze medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, la nivelul prețului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați; în cazul în care prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât prețul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asigurați, numai cu acordul și la solicitarea acestora, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primitivului pe versoul prescripției;

m) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în normele privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei;

n) să nu elibereze medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative prin farmaciile/oficiile locale de distribuție excluse din contractele încheiate între societățile farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficiile locale de distribuție decât cele prevăzute în contract;

o) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor — farmacia/oficina, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic,

respectiv farmacistii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

p) să elibereze medicamentele și/sau materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

(i) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naționale curative de oncologie și diabet zaharat, în aceleași condiții ca și pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

(ii) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

(iii) pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

q) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, și să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

r) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală consumul de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, însoțit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare, la prețurile de decontare stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț;

s) să elibereze, conform prevederilor legale în vigoare și să întocmească evidențe distincte în condițiile prevăzute în norme pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum.

ș) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit legii.

Art. 12. — Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative au următoarele obligații specifice:

a) să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate;

b) să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în prezenta hotărâre și normele tehnice;

c) să afișeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate, precum și programul de lucru pe care trebuie să îl respecte și să îl comunice casei de asigurări de sănătate; informațiile privind serviciile medicale paraclinice și tarifele corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

d) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

e) să efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicii, prevăzuți în normele tehnice, care au eliberat biletele de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

f) să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să efectueze investigația PET-CT numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experți de pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate; valabilitatea deciziei de aprobare este de 45 de zile calendaristice;

h) să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice — analize medicale de laborator;

i) să asigure mentenanța și întreținerea aparatelor din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, potrivit specificațiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

j) să consemneze rezultatele și să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor PET-CT, în conformitate cu specificațiile tehnice ale aparatului;

k) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate;

l) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, potrivit contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

m) să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezența unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezența unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 6 ore;

n) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică emis potrivit prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;

o) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele dozarilor hemoglobinei glicozilate efectuate și limitele de normalitate ale acestora;

p) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizate potrivit 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;

q) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

r) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele/subprogramele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

s) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

ș) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

t) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze, însoțite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, respectiv pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

Art. 13. — Furnizorii de servicii de dializă aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații specifice:

a) să furnizeze serviciile de dializă potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările ulterioare, precum și cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și să utilizeze numai medicamente și materiale sanitare specifice, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

b) să furnizeze serviciile de dializă pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

c) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să angajeze personalul de specialitate proporțional cu cerințele minimale de personal prevăzute în normele de dializă și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

e) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și serviciile de dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate; informațiile privind serviciile de dializă și tarifele corespunzătoare serviciilor de dializă sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

g) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

h) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

i) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru programul național de sănătate pe care îl derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestuia.

j) să raporteze corect și complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

k) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

l) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de

răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

m) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

n) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;

o) să anunțe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Incluziunea de pacienți noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

p) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați;

q) să asigure transportul nemedical al pacienților pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice pentru pacienții cu dializă peritoneală continuă sau automată prevăzuți în contract și să răspundă de calitatea transporturilor;

r) să raporteze datele on-line Registrului Renal Român în formatul cerut de acesta;

s) să întocmească evidențe distincte și să le raporteze distinct, însoțite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

Art. 14. — Furnizorii de servicii de radioterapie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de radioterapie au următoarele obligații specifice:

a) să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și familiei și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 285/79/2002, cu completările ulterioare, precum și să utilizeze numai aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

b) să furnizeze serviciile de radioterapie pacienților titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

c) să depună la autorități rapoartele cerute de normele de radioterapie, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să angajeze personalul de specialitate potrivit cerințelor specifice de securitate radiologică în radioterapia medicală umană prevăzute în Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și în Normele privind expertul în fizică medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 1.272/266/2006, precum și să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

e) să respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanță cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare, și să îl respecte, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și serviciile de radioterapie cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naționale de sănătate curative; informațiile privind serviciile de radioterapie și tarifele corespunzătoare serviciilor de radioterapie sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

g) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea documentelor și a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului;

h) să îndeplinească condițiile obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

i) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

j) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;

k) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;

l) să asigure prezența unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical și a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă întreagă pe zi programul unității de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie și de fizicianul medical care își desfășoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

m) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum și celor stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare;

n) să întocmească și să transmită lunar, la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale, listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

o) să nu raporteze în sistem DRG activitățile ce se decontează din bugetul aferent programelor naționale de sănătate curative;

p) să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale serviciile de radioterapie asigurate potrivit lit. b) și decontate din bugetul Fondului, însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare.

Art. 15. — (1) Casele de asigurări de sănătate aflate în relații contractuale cu furnizorii pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați și care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, precum și cu furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate curative și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

e) să efectueze, prin structurile de control proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, potrivit prevederilor normelor tehnice;

f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice

acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice/investigațiilor paraclinice, în situația în care asigurații nu au beneficiat de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

h) să trimită spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, 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, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt.

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relație contractuală cu furnizorii pentru finanțarea programelor naționale de sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), au obligația de a publica pe site-ul propriu, la termenul prevăzut în normele tehnice, bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relație contractuală.

(3) Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe site-ul propriu lista unităților sanitare care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ.

Art. 16. — (1) Nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 9 lit. a)—s) și art. 10 lit. a)—g), i), j) și l)—s) în contractele încheiate cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea

unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul/subprogramul respectiv.

(2) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. h) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

(3) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. h) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situații pentru programul național/subprogramul respectiv.

(4) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către unitățile sanitare cu paturi a datelor privind consumul trimestrial de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. k), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 1% din valoarea totală aferentă prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line și a prescripțiilor medicale cu regim special unic pe țară, pentru luna în care s-a produs această situație.

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, se reține o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea totală aferentă prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line și a prescripțiilor medicale cu regim special unic pe țară, pentru luna în care s-a produs această situație.

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratament în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și în cazul nerespectării obligației de la art. 11 lit. j), se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

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

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

(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. e), g), i)—l) și p)—s) și art. 11 lit. a)—i), k)—m) și p)—s) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(8) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 11 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei convenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(9) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciștilor din România cu privire la aplicarea fiecărei sancțiuni pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 11 lit. j), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competență.

(10) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către o farmacie/oficină locală de distribuție a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(11) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. a), m), n) și art. 11 lit. ș) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, diminuarea cu 1% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 3% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 9% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(12) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. a)—l), o), r), s) și art. 12 lit. a)—d), f), h)—l), o) și t) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(13) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. e), g) și ș) și/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(14) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. m), n) și art. 12 lit. r) și s) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(15) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. b)—h), m)—o) și art. 13 lit. b)—d), f), h), i), k), m) și q)—s) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(16) Nerespectarea obligației prevăzute art. 13 lit. j) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(17) Nerespectarea obligației prevăzute art. 13 lit. j) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (16), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(18) Pentru raportarea incorectă/incompletă de către furnizorii de servicii de dializă a datelor privind consumul trimestrial de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente, inclusiv pentru medicamentele expirate, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(19) Nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. o) și p) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(20) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. i)—l), p), r) și s) și art. 13 lit. e) și n) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(21) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. b)—h), m)—o) și art. 14 lit. b)—d), f), h)—j), l) și n)—p) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(22) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. i)—l), p), r) și s) și art. 14 lit. e) și m), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(23) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către structurile de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sau ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile de dializă sau radioterapie, după caz, raportate potrivit contractelor în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de dializă sau radioterapie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(24) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, de servicii de dializă și de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. q), contravaloarea serviciilor se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 20% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 30% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 40% la contravaloarea serviciilor aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(25) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)—(24) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (6)—(8) se aplică la nivel de farmacie.

(26) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)—(24) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

(27) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1)—(24), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

(28) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)—(24) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(29) 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)—(24) pentru unitățile sanitare cu paturi.

Art. 17. — (1) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă din motive imputabile farmaciei aceasta nu își începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului pentru furnizarea de medicamente/materiale sanitare specifice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative;

b) dacă din motive imputabile farmaciei aceasta își întrerupe activitatea pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizației de funcționare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) dacă farmacia evaluată înlocuiește medicamentele și/sau materialele sanitare specifice neeliberate din prescripția medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) la prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 16 alin. (6) pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 16 alin. (6), pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societății farmaceutice/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății farmaceutice se aplică măsurile prevăzute la art. 16 alin. (6), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/oficină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 16 alin. (7); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 11 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare specifice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate potrivit contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naționale de sănătate, potrivit solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la dispoziție a acestora;

j) la prima constatare, în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 11 lit. n) și o).

(2) Pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f)—h) și j) — pentru nerespectarea prevederilor art. 9 lit. e), i) și l) și art. 11 lit. n) și o) se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii medicale paraclinice acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 9 lit. a), c), d), g)—j), l), r) și art. 12 lit. a)—c);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute art. 12 lit. m), pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractului;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale casei de asigurări de sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului național de sănătate curativ;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 9 lit. p).

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute art. 12 lit. n), p) și q);

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancțiunilor prevăzute art. 16 alin. (12), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 16 alin. (13) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe 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 sancțiunilor prevăzute art. 16 alin. (12) în cursul unui an; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică în cursul unui an sancțiunile prevăzute art. 16 alin. (12), pentru aceeași filială sau pentru același punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

n) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. q).

(4) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o

notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă din motive imputabile furnizorului de servicii de dializă, acesta nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de dializă;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar sau expirarea deciziei de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) în cazul în care se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului național de sănătate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate art. 13 lit. g);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. a) și art. 13 lit. a) și l);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 16 alin. (15);

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă de a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. q).

(5) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de radioterapie se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, potrivit prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii de radioterapie nu începe activitatea în termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii de radioterapie;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, expirarea deciziei de evaluare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizației de utilizare eliberate de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare potrivit prevederilor Legii nr. 111/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

d) în cazul în care se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate — cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de servicii de radioterapie de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de radioterapie în cadrul subprogramului național de sănătate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate art. 14 lit. (g);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute art. 9 lit. a) și art. 14 lit. a), g) și k);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea pe toată perioada contractului a sancțiunii prevăzute art. 16 alin. (21);

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 9 lit. q).

(6) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, încheiate între aceleași părți în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 18. — (1) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice, servicii de dializă și servicii de radioterapie încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) furnizorul își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

c) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate.

(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice/servicii de dializă și servicii de radioterapie încetează în următoarele situații:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

c) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal.

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative încetează în condițiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, încheiate între aceleași părți în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Art. 19. — (1) Contractul de furnizare de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, servicii Gamma Knife, servicii de diagnosticare și monitorizare a leucemiilor acute, servicii de diagnosticare a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom), servicii de radioterapie, respectiv servicii de dializă care se acordă în cadrul unor programe/subprograme curative, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitățile

sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secției/secțiilor care derulează programe/subprograme de sănătate curative, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești.

(2) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului național curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

Art. 20. — Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice — farmacii cu circuit deschis se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice în cadrul programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

b) nerespectarea obligației prevăzute art. 11 lit. o), în condițiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare specifice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

c) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

Art. 21. — Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, încheiat de același furnizor cu casa de asigurări de

sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. q), în condițiile în care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum și a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

c) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

Art. 22. — (1) Modelele de contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

(2) Utilizarea acestor modele de contracte este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

(3) Casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente și materiale sanitare specifice pentru derularea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afișare la sediile instituțiilor, publicare pe paginile web ale acestora și anunț în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de începerea perioadei în care se încheie contractele în vederea respectării termenului-limită de încheiere a acestora.

(4) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare specifice depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate și nu participă la încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate.

(5) Casele de asigurări de sănătate pot stabili și alte termene de contractare, în funcție de necesarul de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare specifice, în limita fondurilor aprobate pentru fiecare program/subprogram național de sănătate curativ.

(6) Toate documentele prezentate în copie care stau la baza încheierii contractelor pentru derularea programelor naționale de sănătate sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al unității de specialitate, pe fiecare pagină.

(7) Direcțiile de sănătate publică sau, după caz, instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății decontează unităților de specialitate cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate publică contravaloarea bunurilor și serviciilor acordate în cadrul

programelor naționale de sănătate publică, precum și a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfășoară activități în cadrul acestora și care fac obiectul contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate curative contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altora asemenea potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

(9) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru exactitatea și realitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai unităților de specialitate care derulează programe naționale de sănătate.

(10) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2017—2018 se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în ordine cronologică, după cum urmează:

a) până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor pentru decontarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate contractate de către direcțiile de sănătate publică, instituții publice sau Ministerul Sănătății, după caz;

b) până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate și acordării vizei de „bun de plată”, cu excepția serviciilor de dializă și a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate și acordării vizei de „bun de plată”;

c) în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de către direcțiile de sănătate publică sau, după caz, instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății, în vederea decontării sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfășoară activități în cadrul programelor naționale de sănătate.

Art. 23. — (1) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate se cuprind în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privați de servicii medicale prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

(2) Unitățile și instituțiile sanitare publice care derulează programe/subprograme naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

(3) Furnizorii privați de servicii medicale care derulează programe naționale de sănătate au obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program/subprogram național de sănătate, precum și a organizării evidenței nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

(4) Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să raporteze și să înregistreze activitatea realizată în registrele naționale ale bolnavilor cu afecțiuni cronice incluse în cadrul acestora, în formatul și în condițiile prevăzute de actele normative în vigoare.

Art. 24. — (1) Ministerul Sănătății, în calitatea sa de unitate de achiziții publice centralizată, desemnată în condițiile legii, efectuează, la nivel național, achiziții centralizate de medicamente, materiale sanitare specifice și altele asemenea, pentru implementarea programelor naționale de sănătate nominalizate prin normele tehnice.

(2) Ca urmare a achizițiilor centralizate prevăzute la alin. (1), unitatea de achiziții publice centralizată încheie acorduri-cadru în numele și pentru unitățile sanitare publice din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și pentru unitățile sanitare publice cu paturi din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(3) În baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achiziții publice centralizată, unitățile sanitare publice încheie și derulează contracte subsecvente, cu avizul Ministerului Sănătății.

(4) Până la finalizarea achizițiilor centralizate la nivel național prin semnarea contractelor subsecvente cu ofertanții desemnați câștigători, medicamentele, materialele sanitare specifice și altele asemenea, care se acordă bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate, se achiziționează de unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la prețul de achiziție, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

(5) Achiziționarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice și altora asemenea, necesare pentru derularea programelor naționale de sănătate cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (1), se realizează de unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la prețul de achiziție, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

Art. 25. — (1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suportă la nivelul prețului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se DCI, iar în cazuri justificate medical, în fișa medicală a pacientului, în cazul produselor biologice, precum și în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a DCI corespunzătoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a prețurilor de decontare a medicamentelor și a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în Catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului.

(4) În situația în care se constată că deținătorul autorizației de punere pe piață nu a asigurat prezența medicamentelor pe piață, potrivit prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (2), în termen de maximum 30 de zile de la data comunicării constatării lipsei medicamentelor de pe piață, de către instituțiile abilitate, precum și la sesizarea Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a elibera medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea la nivelul prețului de decontare prevăzut la alin. (1), fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați.

(6) Pentru medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate care se importă cu avizul Ministerului Sănătății, prețul de decontare se stabilește în condițiile legii.

(7) Medicamentele care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum și pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor care au efectuat transplant și pentru tratamentul ambulatoriu al pacienților cu unele boli rare, aprobate prin normele tehnice, se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic se asigură prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează programul.

(9) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice incluși în Programul național de oncologie se eliberează după cum urmează:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată/intramusculară, pentru medicamentele de tip hormonal și pentru medicamentele de tip imunomodulator, corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în normele tehnice;

b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităților sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru celelalte forme farmaceutice cu administrare parenterală. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programului, prescripțiile se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator și cu documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

(10) Medicamentele/materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, boli neurologice, diabet zaharat cuprinși în unele programe naționale de sănătate, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală electronică/file de condică. În vederea decontării contravalorii medicamentelor/materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor, prescripțiile medicale electronice off-line/file de condică se transmit la casele de asigurări de sănătate, împreună cu borderoul centralizator cu evidențe distincte pentru fiecare program/subprogram național de sănătate.

(11) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA și tuberculoză se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală/condică medicală. În vederea justificării consumurilor de medicamente specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripții/file de condică se depun la direcțiile de sănătate publică sau, după caz, la unitățile de asistență tehnică și management, împreună cu borderoul centralizator și rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

Art. 26. — (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați se asigură în baza contractelor de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente.

(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet

zaharat insulinotratat la prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

(4) Condițiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat se stabilesc prin normele tehnice.

Art. 27. — (1) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea în tratamentul ambulatoriu a medicamentelor cu și fără contribuție personală, precum și a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative; modelul prescripției medicale electronice și normele metodologice privind utilizarea și modul de completare al acesteia se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(2) Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate, utilizând prescrierea electronică, se stabilesc prin normele tehnice. Prescrierea electronică a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative se face on-line și numai în situații justificate prescrierea se face off-line.

(3) Toți furnizorii de servicii medicale și medicamente/materiale sanitare specifice, aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligați să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

(4) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anii 2017 și 2018.

Art. 28. — (1) Pentru realizarea atribuțiilor și activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate pot aplica prevederile art. 52 alin. (3)—(6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Activitățile pentru care se utilizează personalul în condițiile alin. (1) sunt prevăzute în normele tehnice.

Art. 29. — (1) Asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate publică se realizează prin unități de asistență tehnică și management al programelor naționale organizate ca structuri fără personalitate juridică din cadrul instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății.

(2) Unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate se pot înființa la nivel național sau regional, după caz.

(3) În cadrul unei instituții publice din subordinea Ministerului Sănătății se înființează o singură unitate de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate care poate asigura asistență tehnică și management pentru unul sau mai multe programe naționale de sănătate publică, după caz.

(4) Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se organizează unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, structura organizatorică, atribuțiile acestora, precum și orice alte condiții necesare funcționării lor se aprobă în condițiile art. 57 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

(5) Cheltuielile privind organizarea și funcționarea unităților de asistență tehnică și management al programelor naționale

de sănătate sunt incluse în sumele alocate programelor naționale de sănătate publică.

(6) Pentru realizarea atribuțiilor de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, instituțiile publice prevăzute la alin. (1) pot aplica prevederile art. 57 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 30. — (1) Ministerul Sănătății poate încheia contracte cu unitățile aflate sub autoritatea sa, în condițiile prevăzute de legislația din domeniul achizițiilor publice.

(2) Contractele prevăzute la alin. (1), încheiate între Ministerul Sănătății și unitățile aflate sub autoritatea sa, precum și contractele încheiate pentru bunurile și serviciile necesare implementării unor programe naționale de sănătate publică pentru care Ministerul Sănătății organizează licitații la nivel național sunt atribuite de compartimentul intern specializat în domeniul achizițiilor publice. Monitorizarea și derularea contractelor se realizează de către structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

Art. 31. — (1) Realizarea vaccinării copiilor din grupele eligibile, stabilite potrivit calendarului național de vaccinare, precum și realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătății sau direcțiile de sănătate publică drept măsuri de sănătate publică sau în situații epidemiologice cu risc crescut de îmbolnăvire sunt obligatorii pentru toți medicii de familie.

(2) Pentru realizarea activităților prevăzute la alin. (1), precum și a celor din cadrul Programului național de sănătate a femeii și copilului finanțate de la bugetul de stat și/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, pentru care se efectuează achiziții centralizate la nivel național, furnizorii de servicii medicale care implementează programe naționale de sănătate publică sau autoritățile administrației publice locale pot primi produsele achiziționate în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică, în condițiile prevăzute prin normele tehnice.

Art. 32. — La implementarea programelor naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de medicamente, vaccinuri, reactivi și altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate potrivit prevederilor normelor tehnice.

Art. 33. — Cheltuielile angajate, lichidate și ordonanțate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate în anul precedent și neplătite până la sfârșitul acestuia se vor plăti în anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate pentru anul în curs.

Art. 34. — În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma evaluărilor trimestriale ale indicatorilor specifici și în funcție de realizarea obiectivelor și activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 35. — În cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă efectuate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate este, după caz, tarif pe ședință de hemodializă convențională, tarif pe ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line, tarif/pacient cu dializă peritoneală continuă/an și tarif/pacient cu dializă peritoneală automată/an, tarife care sunt prevăzute în normele tehnice.

Art. 36. — În cadrul subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif care este prevăzut în normele tehnice.

Art. 37. — În cadrul Subprogramului de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți și Subprogramul

de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți, probele pentru investigațiile paraclinice decontate în cadrul programelor naționale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizați în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceștia, însoțite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în norme, nu este necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizați în normele tehnice care au efectuat diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute, fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

Art. 38. — (1) Pentru tehnica de calcul și programele informatice achiziționate în vederea derulării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcțiile de sănătate publică și cabinetele de medicină de familie.

(2) Tehnica de calcul și programele informatice atribuite în folosință gratuită cabinetelor de medicină de familie în condițiile prevăzute la alin. (1) se utilizează pentru monitorizarea persoanelor incluse în programele naționale de sănătate, precum și pentru derularea unor programe naționale de sănătate la nivelul cabinetelor de medicină de familie.

(3) Pentru bunurile prevăzute la alin. (1) a căror durată normală de utilizare este îndeplinită, iar starea tehnică nu mai permite exploatarea lor în continuare, se inițiază procedurile de clasare și declarare potrivit prevederilor legale în vigoare.

Art. 39. — (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare *PIAS*, constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale asigurate bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate curative se acordă în regim off-line. Transmiterea în *PIAS*, de către furnizorii de servicii medicale care derulează programe naționale de sănătate curative, a serviciilor medicale acordate în regim off-line pe perioada întreruperii *PIAS* și a serviciilor medicale acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de servicii medicale care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării *PIAS* în perioada de raportare a serviciilor medicale.

Art. 40. — (1) În situația producerii unor întreruperi în funcționarea *PIAS* constatate și comunicate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe site-ul propriu, furnizorii de medicamente și materiale sanitare specifice

programelor naționale de sănătate curative eliberează în sistem off-line medicamentele/materialele sanitare specifice din prescripțiile medicale on-line și off-line, în condițiile prevăzute de norme. În aceste situații medicamentele/materialele sanitare specifice prescrise nu se eliberează fracționat. Transmiterea în *PIAS*, de către furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice programelor naționale de sănătate curative, a medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în regim off-line pe perioada întreruperii *PIAS* se face până la sfârșitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contract.

(2) Termenul de raportare a activității lunii anterioare prevăzut în contractul încheiat între furnizorii de medicamente și materiale sanitare specifice programelor naționale de sănătate curative care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate se poate modifica de comun acord, ca urmare a perioadelor de întrerupere prevăzute la alin. (1) sau a întreruperii funcționării *PIAS* în perioada de raportare a medicamentelor/materialelor sanitare specifice, eliberate.

Art. 41. — Serviciile medicale/medicamentele/materialele sanitare specifice acordate/eliberate off-line în cadrul programelor naționale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcționării sistemului național al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

Art. 42. — Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, pentru ziua/zilele în care sunt constatate întreruperi în funcționarea *PIAS* în condițiile art. 39—41. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în *PIAS* a serviciilor acordate off-line și/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilității de a utiliza on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate — parte componentă a *PIAS* —, ca urmare a întreruperii funcționării acestuia, și se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro.

Art. 43. — Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 44. — (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2017.

(2) Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru anii 2015—2016 se pot prelungi prin acte adiționale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actele adiționale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anii 2017—2018.

PRIM-MINISTRU
SORIN MIHAI GRINDEANU

Contrasemnează:
p. Ministrul sănătății,
Corina Silvia Pop,
secretar de stat
Ministrul finanțelor publice,
Viorel Ștefan

STRUCTURA**programelor naționale de sănătate și obiectivele acestora pentru anii 2017 și 2018****A. Programe naționale de sănătate publică finanțate din bugetul Ministerului Sănătății****STRUCTURĂ:****I. Programele naționale de boli transmisibile****1. Programul național de vaccinare****Obiectiv:**

Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea:

a) populației la vârstele prevăzute în calendarul național de vaccinare;

b) grupelor populaționale la risc.

2. Programul național de supraveghere și control a bolilor transmisibile prioritare**Obiectiv:**

Depistarea precoce și asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile în vederea implementării măsurilor de limitare a răspândirii acestora.

3. Programul național de prevenire, supraveghere și control a infecției HIV/SIDA**Obiective:**

a) reducerea răspândirii infecției HIV/SIDA prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecția HIV/SIDA, precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate HIV simptomatice;

b) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecție HIV/SIDA.

4. Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei**Obiective:**

a) reducerea prevalenței și a mortalității TB;

b) menținerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie;

c) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;

d) menținerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

5. Programul național de supraveghere și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale și a rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor;**Obiectiv:**

Creșterea calității serviciilor medicale și siguranței pacientului prin reducerea riscului de apariție a infecțiilor asociate asistenței medicale.

II. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă**Obiectiv:**

Protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanți din mediul de viață și muncă.

III. Programul național de securitate transfuzională**Obiectiv:**

Asigurarea cu sânge și componente sanguine, în condiții de maximă siguranță și cost-eficiență.

IV. Programele naționale de boli netransmisibile**1. Programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screening organizat****Obiective:**

Reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală prin intervenții de screening organizat.

Structură:

1. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolaou la populația feminină eligibilă în regim de screening;

2. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului colorectal*;

3. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de sân*.

2. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică**Obiective:**

a) prevenirea depresiei și suicidului;

b) promovarea sănătății mintale la locurile de muncă;

c) asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii și adolescenți;

d) creșterea capacității sistemului de a aborda problematica consumului de alcool prin elaborarea și implementarea de intervenții specifice.

3. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană**Obiective:**

a) creșterea numărului de donatori vii, de donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;

b) coordonarea activităților de transplant;

c) asigurarea investigațiilor paraclinice pentru potențialii donatori și receptori de organe, țesuturi și celule de origine umană;

d) asigurarea suplării fiziologice a organelor aflate în insuficiență cronică ireversibilă și/sau înlocuirea țesuturilor nefuncționale prin transplant de organe, țesuturi și/sau celule;

e) evaluarea periodică a pacienților transplantați și a donatorilor vii;

f) crearea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;

g) tratamentul infertilității cuplului.

Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;

2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînruțiți;

3. Subprogramul de fertilizare in vitro și embriotransfer.

4. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

Îmbunătățirea depistării afecțiunilor tiroidiene cu impact major asupra stării de sănătate a populației, în scopul reducerii morbidității prin gușă, datorată carenței de iod și complicațiilor sale.

5. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul dietetic al bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice.

6. Programul național de management al registrelor naționale

Obiectiv:

Dezvoltarea, implementarea și managementul registrelor naționale ale bolnavilor cronici.

V. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate**Obiectiv:**

Îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin promovarea unui stil de viață sănătos și combaterea principalilor factori de risc:

Structură:

1. Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;

2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun.

VI. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

a) îmbunătățirea stării de sănătate a copilului;

b) îmbunătățirea stării de sănătate a femeii;

* Subprogramele prevăzute la pct. 2 și 3 vor fi implementate ca proiecte-pilot în conformitate cu Planul multianual privind activitățile de prevenire/depistare precoce a cancerului, parte integrantă a Planului național integrat de control al cancerului.

Structură:

1. Subprogramul de nutriție și sănătate a copilului;
2. Subprogramul de sănătate a femeii.

B. Programe naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

STRUCTURĂ:

I. Programul național de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

- a) proceduri de cardiologie intervențională;
- b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- c) proceduri de chirurgie vasculară;
- d) proceduri de cardiologie intervențională ale malformațiilor cardiace.

II. Programul național de oncologie

Obiective:

- a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- b) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice;
- c) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- d) diagnosticul și monitorizarea leucemiilor acute la copii și adulți;
- e) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
- f) diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii și adulți.

Structură:

1. Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT;
3. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
4. Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți;
5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
6. Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom) la copii și adulți.

III. Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)

Obiectiv:

Tratamentul surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)

IV. Programul național de diabet zaharat

Obiective:

- a) prevenția secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA_{1c})];
- b) asigurarea tratamentului medicamentos al pacienților cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor specifice (pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea);
- c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrați.

V. Programul național de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă

VI. Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie

VII. Programul național de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice

VIII. Programul național de sănătate mintală

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicod dependență, precum și testarea metaboliților stupefiantelor la aceștia

IX. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză, gușă datorată carentei de iod și proliferări maligne

X. Programul național de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

- a) bolnavilor cu afecțiuni articulare prin endoprotezare;
- b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;
- c) bolnavilor cu diformități de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană;
- d) bolnavilor cu patologie tumorală, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală;
- e) tratamentul instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare.

XI. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

Obiective:

- a) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant;
- b) tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienții cu transplant hepatic.

XII. Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică

Obiectiv:

Asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați prin hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienților

XIII. Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv:

Tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică

XIV. Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță

Obiective:

- a) asigurarea investigațiilor diagnostice și a tratamentului unor afecțiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanță;
- b) tratamentul bolnavilor cu boala Parkinson prin implantarea dispozitivelor de stimulare profundă;
- c) tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos prin proceduri microchirurgicale sau prin implantarea unui stimulator al nervului vag;
- d) tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită, prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;
- e) tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular;
- f) tratamentul de stimulare profundă cerebrală la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxină botulinică.

Structură:

1. Subprogramul de radiologie intervențională
2. Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos
3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil
4. Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL TRANSPORTURILOR

ORDIN

privind aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli pe anul 2017 al Autorității Navale Române

În temeiul prevederilor art. 16 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 8 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 1.133/2002 privind organizarea și funcționarea Autorității Navale Române, cu modificările ulterioare, și ale art. 5 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 21/2015 privind organizarea și funcționarea Ministerului Transporturilor, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul transporturilor emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se aprobă bugetul de venituri și cheltuieli pe anul 2017 al Autorității Navale Române, care funcționează în subordinea Ministerului Transporturilor, finanțată din venituri proprii, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Defalcarea pe trimestre a indicatorilor prevăzuți în bugetul de venituri și cheltuieli al Autorității Navale Române se aprobă de către consiliul de conducere al acesteia.

Art. 2. — (1) Cheltuielile totale aferente veniturilor înscrise în bugetul de venituri și cheltuieli al Autorității Navale Române reprezintă limite maxime și nu pot fi depășite decât în cazuri justificate și numai cu aprobarea ministrului transporturilor.

(2) În cazul în care în execuție se înregistrează nerealizări ale veniturilor aprobate, Autoritatea Navală Română poate efectua cheltuieli proporțional cu gradul de realizare a veniturilor.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul transporturilor,
Alexandru-Răzvan Cuc

MINISTERUL TRANSPORTURILOR

**BUGETUL DE VENITURI ȘI CHELTUIELI
pe anul 2017 al Autorității Navale Române**

- mii lei -

Cap./ Titlu	Subcap./ Articol	Paragraf/ Alineat	Denumirea indicatorilor	Program 2017
A	B	C	D	1
00.01	10		VENITURI PROPRII TOTAL VENITURI	127.878,00
00.02			I. VENITURI CURENTE	71.400,00
29.00			C. VENITURI NEFISCALE	71.400,00
30.00			C1. VENITURI DIN PROPRIETATE	1.816,00
30.10			VENITURI DIN PROPRIETATE	616,00
	05		Venituri din concesiuni și închirieri	616,00
31.10			VENITURI DIN DOBÂNZI	1.200,00
	03		Alte venituri din dobânzi	1.200,00
33.00	10		C2. VÂNZĂRI DE BUNURI ȘI SERVICII	69.584,00
33.10			VENITURI DIN PRESTĂRI SERVICII ȘI ALTE ACTIVITĂȚI	65.518,00
	50		Alte venituri din prestări servicii și alte activități	65.518,00
36.10			DIVERSE VENITURI	4.066,00
	50		Alte venituri	4.066,00
40.10			III. OPERAȚIUNI FINANCIARE	52.724,00
	15		Sume utilizate din excedentul anului precedent pentru efectuarea de cheltuieli	52.724,00
45.10			SUME PRIMITE DE LA UE ÎN CONTUL PLĂȚILOR EFECTUATE	30,00
	01		Fondul european de dezvoltare regională (FEDR)	-
	02		Fondul social european (FSE)	-
	16		Alte facilități și instrumente structurale	30,00
48.10			SUME PRIMITE DE LA UE/ALȚI DONATORI ÎN CONTUL PLĂȚILOR EFECTUATE ȘI PREFINANȚĂRI AFERENTE CADRULUI FINANCIAR 2014-2020	3.724,00
	01		Fondul european de dezvoltare regională (FEDR)	448,00
	19		Mecanismul pentru Interconectarea Europei	3.276,00
			CHELTUIELI TOTAL	127.878,00
			CHELTUIELI CURENTE	85.048,00
10			Titlul I. CHELTUIELI DE PERSONAL	56.323,00
	10.01		Cheltuieli salariale în bani	40.967,00
		01	Salarii de bază	32.006,00
		05	Sporuri pentru condiții de muncă	7.385,00
		06	Alte sporuri	919,00
		12	Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	169,00
		13	Indemnizații de delegare	488,00
		30	Alte drepturi salariale în bani	-
	10.02		Cheltuieli salariale în natură	5.935,00
		01	Tichete de masă	2.275,00
		02	Norme de hrană	160,00
		03	Uniforme și echipament obligatoriu	3.500,00
		30	Alte drepturi salariale în natura	-
	10.03		Contribuții	9.421,00
		01	Contribuții pentru asigurările sociale de stat	6.474,00
		02	Contribuții pentru asigurările de șomaj	225,00
		03	Contribuții pentru asigurările sociale de sănătate	2.236,00
		04	Contribuții pentru asigurările de accidente de muncă	101,00
		06	Contribuții pentru concedii și indemnizații	385,00
		07	Contribuții la fondul de garantare pt.plata creanțelor salariale	-
20			Titlul II. BUNURI ȘI SERVICII	19.761,00
	20.01		Bunuri și servicii	9.424,00
		01	Furnituri de birou	380,00
		02	Materiale pentru curățenie	202,00
		03	Încălzit, iluminat și forță motrică	2.300,00
		04	Apă, canal și salubritate	210,00
		05	Carburanți și lubrifianți	1.285,00
		06	Piese de schimb	335,00

*) Anexa este reprodusă în facsimil.

- mii lei -

Cap./ Titlu	Subcap./ Articol	Paragraf/ Alineat	Denumirea indicatorilor	Program 2017
A	B	C	D	1
		07	Transport	20,00
		08	Poștă, telecomunicații, radio, tv, internet	1.983,00
		09	Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional	1.207,00
		30	Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	1.502,00
	20.02		Reparații curente	3.056,00
	20.04		Medicamente și materiale sanitare	40,00
		01	Medicamente	40,00
	20.05		Bunuri de natura obiectelor de inventar	1.883,00
		01	Uniforme și echipament	1.200,00
		03	Lenjerie și accesorii de pat	42,00
		30	Alte obiecte de inventar	641,00
	20.06		Deplasări, detașări, transferări	582,00
		01	Deplasări interne	332,00
		02	Deplasări în străinătate	250,00
	20.11		Cărți, publicații și materiale documentare	110,00
	20.12		Consultanță și expertiză	450,00
	20.13		Pregătire profesională	223,00
	20.14		Protecția muncii	562,00
	20.25		Cheltuieli judiciare și extrajudiciare derivate din acțiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispozițiilor legale	500,00
	20.30		Alte cheltuieli	2.931,00
		02	Protocol și reprezentare	78,00
		03	Prime de asigurare non-viața	557,00
		04	Chirii	296,00
		30	Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	2.000,00
57			Titlul IX. ASISTENȚĂ SOCIALĂ	5.210,00
	57.02		Ajutoare sociale	5.210,00
		01	Ajutoare sociale în numerar	5.200,00
		03	Tichete de creșă	10,00
58			Titlul X. PROIECTE CU FINANȚARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE AFERENTE CADRULUI FINANCIAR 2014-2020	3.754,00
	58.01		Programe din Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR)	448,00
		01	- Finanțare națională	67,00
		02	- Finanțare externă nerambursabilă	381,00
		03	- Cheltuieli neeligibile	-
	58.30		Mecanismul pentru Interconectarea Europei	3.306,00
		01	- Finanțare națională	1.370,00
		02	- Finanțare externă nerambursabilă	1.387,00
		03	- Cheltuieli neeligibile	549,00
			CHELTUIELI DE CAPITAL	42.830,00
71			Titlul XIII. ACTIVE NEFINANCIARE	42.830,00
	71.01		Active fixe	41.216,00
		01	Construcții	3.552,00
		02	Mașini, echipamente și mijloace de transport	30.138,00
		03	Mobilier, aparatură birotică și alte active corporale	618,00
		30	Alte active fixe	6.908,00
	71.03		Reparații capitale aferente activelor fixe	1.614,00

Date de fundamentare a cheltuielilor de personal în bugetul de venituri și cheltuieli pe anul 2017:

- 1) Număr mediu de personal: 689 persoane;
- 2) Câștigul mediu brut lunar: 4.866 lei(RON)/salariat;
- 3) În câștigul mediu brut lunar de la punctul 2) nu este cuprinsă și suma destinată plății conducătorului unității (suma de 138 mii lei);
- 4) În cheltuielile cu salariile sunt cuprinse și indemnizațiile membrilor Consiliului de Conducere și alte drepturi plătite unor persoane din afara unității (suma de 169 mii lei);
- 5) În cheltuielile cu salariile sunt cuprinse și indemnizațiile de delegare (suma de 488 mii lei).

MINISTERUL TRANSPORTURILOR

ORDIN**privind aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli pe anul 2017
al Autorității Rutiere Române — A.R.R.**

În temeiul prevederilor art. 16 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 7 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 625/1998 privind organizarea și funcționarea Autorității Rutiere Române — A.R.R., cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 5 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 21/2015 privind organizarea și funcționarea Ministerului Transporturilor, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul transporturilor emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se aprobă bugetul de venituri și cheltuieli pe anul 2017 al Autorității Rutiere Române — A.R.R., care funcționează în subordinea Ministerului Transporturilor, finanțată din venituri proprii, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Defalcarea pe trimestre a indicatorilor prevăzuți în bugetul de venituri și cheltuieli al Autorității Rutiere Române — A.R.R. se aprobă de către consiliul de conducere al acesteia.

Art. 2. — (1) Cheltuielile totale aferente veniturilor înscrise în bugetul de venituri și cheltuieli al Autorității Rutiere Române — A.R.R. reprezintă limite maxime și nu pot fi depășite decât în cazuri justificate și numai cu aprobarea ministrului transporturilor.

(2) În cazul în care în execuție se înregistrează nerealizări ale veniturilor aprobate, Autoritatea Rutieră Română — A.R.R. poate efectua cheltuieli proporțional cu gradul de realizare a veniturilor.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul transporturilor,
Alexandru-Răzvan Cuc

MINISTERUL TRANSPORTURILOR

**BUGETUL DE VENITURI ȘI CHELTUIELI
pe anul 2017 al Autorității Rutiere Române — A.R.R.**

- mii lei -

Cap./ Titlu	Subcap./ Articol	Paragraf/ Alineat	Denumirea indicatorilor	Program 2017
A	B	C	D	1
00.01	10		VENITURI PROPRII TOTAL VENITURI	134.744,00
00.02			I. VENITURI CURENTE	88.999,00
29.00			C. VENITURI NEFISCALE	88.999,00
30.00			C1. VENITURI DIN PROPRIETATE	255,00
30.10			VENITURI DIN PROPRIETATE	55,00
	05		Venituri din concesiuni și închirieri	55,00
		30	Alte venituri din concesiuni și închirieri de către instituțiile publice	55,00
31.10			VENITURI DIN DOBÂNZI	200,00
	03		Alte venituri din dobânzi	200,00
33.00	10		C2. VÂNZĂRI DE BUNURI ȘI SERVICII	88.744,00
33.10			VENITURI DIN PRESTĂRI DE SERVICII ȘI ALTE ACTIVITĂȚI	88.744,00
	08		Venituri din prestări de servicii	66.598,00
	50		Alte venituri din prestări de servicii și alte activități	22.146,00
40.10			III. OPERAȚIUNI FINANCIARE	45.745,00
	15		Sume utilizate din excedentul anului precedent pentru efectuarea de cheltuieli	45.745,00
84.10			CHELTUIELI - TOTAL	134.744,00
01			CHELTUIELI CURENTE	128.999,00
10			Titlul I. CHELTUIELI DE PERSONAL	40.293,00
	10.01		Cheltuieli salariale în bani	21.685,00
		01	Salarii de bază	21.136,00
		02	Salarii de merit	-
		03	Indemnizație de conducere	-
		04	Spor de vechime	-
		05	Sporuri pentru condiții de muncă	2.352,00
		06	Alte sporuri	-
		07	Ore suplimentare	-
		08	Fond de premii	-
		09	Prima de vacanță	-
		12	Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	331,00
		13	Indemnizații de delegare	300,00
		30	Alte drepturi salariale în bani	7.566,00
	10.02		Cheltuieli salariale în natură	1.525,00
		01	Tichete de masă	1.525,00
	10.03		Contribuții	7.083,00
		01	Contribuții pentru asigurările sociale de stat	4.959,00
		02	Contribuții pentru asigurările de șomaj	157,00
		03	Contribuții pentru asigurările sociale de sănătate	1.632,00
		04	Contribuții pentru asigurările de accidente de muncă	68,00
		06	Contribuții pentru concedii și indemnizații	267,00
20			Titlul II. BUNURI ȘI SERVICII	88.406,00
	20.01		Bunuri și servicii	20.615,00
		01	Furnituri de birou	900,00
		02	Materiale pentru curățenie	25,00
		03	Încălzit, iluminat și forță motrică	900,00
		04	Apă, canal și salubritate	100,00
		05	Carburanți și lubrifianți	1.466,00
		08	Poștă, telecomunicații, radio, tv, internet	929,00
		09	Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional	11.195,00
		30	Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	5.100,00
	20.02		Reparații curente	900,00
	20.05		Bunuri de natura obiectelor de inventar	750,00
		01	Uniforme și echipament	-
		30	Alte obiecte de inventar	750,00
	20.06		Deplasări, detașări, transferări	1.555,00
		01	Deplasări interne	1.075,00

*) Anexa este reprodusă în facsimil.

Cap./ Titlu	Subcap./ Articol	Paragraf/ Alineat	Denumirea indicatorilor	Program 2017
A	B	C	D	1
		02	Deplăsări în străinătate	480,00
	20.11		Cărți, publicații și materiale documentare	15,00
	20.13		Pregătire profesională	868,00
	20.14		Protecția muncii	238,00
	20.30		Alte cheltuieli	63.465,00
		02	Protocol și reprezentare	28,00
		04	Chirii	4.881,00
		07	Fondul conducătorului instituției	9,00
		30	Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	58.547,00
57			Titlul IX. ASISTENȚĂ SOCIALĂ	300,00
	57.02		Ajutoare sociale	300,00
		01	Ajutoare sociale în numerar	300,00
			CHELTUIELI DE CAPITAL	5.745,00
71			Titlul XIII. ACTIVE NEFINANCIARE	5.745,00
	71.01		Active fixe	5.745,00
		01	Construcții	-
		02	Mașini, echipamente și mijloace de transport	4.257,00
		03	Mobilier, aparatură birotică și alte active corporale	427,00
		30	Alte active fixe	1.061,00

Date de fundamentare a cheltuielilor de personal în bugetul de venituri și cheltuieli pe anul 2017:

- 1) Număr mediu de personal: 440 persoane;
- 2) Câștigul mediu brut lunar: 4.440 lei(ROM)/salariat;
- 3) În câștigul mediu brut lunar de la punctul 2) nu este cuprinsă și suma destinată plății conducătorului unității (suma de 98 mii lei);
- 4) În cheltuielile cu salariile sunt cuprinse și indemnizațiile membrilor Consiliului de Conducere și ale membrilor comisiei de atestare, disciplină și soluționare a contestațiilor privind auditul de siguranță rutieră (suma de 331 mii lei), remunerarea comisiilor de examinare teoretică (suma de 7.466 mii lei), indemnizațiile de delegare (suma de 300 mii lei), precum și litigii conform hotărârilor judecătorești și litigii în derulare (suma de 100 mii lei).

MINISTERUL TRANSPORTURILOR

ORDIN

**privind aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli pe anul 2017
al Agenției de Investigare Feroviară Română — AGIFER**

În temeiul prevederilor art. 16 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare, ale art. 6 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 716/2015 privind organizarea și funcționarea Agenției de Investigare Feroviară Română — AGIFER și pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 21/2015 privind organizarea și funcționarea Ministerului Transporturilor și ale art. 5 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 21/2015 privind organizarea și funcționarea Ministerului Transporturilor, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul transporturilor emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se aprobă bugetul de venituri și cheltuieli pe anul 2017 al Agenției de Investigare Feroviară Română — AGIFER, care funcționează în subordinea Ministerului Transporturilor, finanțată din venituri proprii, prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Defalcarea pe trimestre a indicatorilor prevăzuți în bugetul de venituri și cheltuieli al Agenției de Investigare Feroviară Română — AGIFER se aprobă de către consiliul de conducere al acesteia.

Art. 2. — (1) Cheltuielile totale aferente veniturilor înscrise în bugetul de venituri și cheltuieli al Agenției de Investigare

Feroviară Română — AGIFER reprezintă limite maxime și nu pot fi depășite decât în cazuri justificate și numai cu aprobarea ministrului transporturilor.

(2) În cazul în care în execuție se înregistrează nerealizări ale veniturilor aprobate, Agenția de Investigare Feroviară Română — AGIFER poate efectua cheltuieli proporțional cu gradul de realizare a veniturilor.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministerul transporturilor,
Alexandru-Răzvan Cuc

București, 22 martie 2017.
Nr. 357.

MINISTERUL TRANSPORTURILOR

BUGETUL DE VENITURI ȘI CHELTUIELI
pe anul 2017 al Agenției de Investigare Feroviară Română — AGIFER

- mii lei -

Cap./ Titlu	Subcap. Articol	Paragraf Alineat	Denumirea indicatorilor	Program 2017
A	B	C	D	1
00.01	10		VENITURI PROPRII - TOTAL	6.200,00
00.02			I.VENITURI CURENTE	6.200,00
29.00			C. VENITURI NEFISCALE	6.200,00
30.00			C1. VENITURI DIN PROPRIETATE	-
31.10			VENITURI DIN DOBÂNZI	-
	03		Alte venituri din dobânzi	-
33.00	10		C2. VÂNZĂRI DE BUNURI ȘI SERVICII	6.200,00
33.10			VENITURI DIN PRESTĂRI DE SERVICII ȘI ALTE ACTIVITĂȚI	6.200,00
	08		Venituri din prestări de servicii	6.200,00
	16		Venituri din valorificarea produselor obținute din producția proprie	-
	20		Venituri din cercetare	-
	50		Alte venituri din prestări servicii și alte activități	-
			CHELTUIELI - TOTAL	6.200,00
			CHELTUIELI CURENTE	5.745,00
10			Titlul I. CHELTUIELI DE PERSONAL	4.220,00
	10.01		<i>Cheltuieli salariale în bani</i>	3.265,00
		01	Salarii de bază	2.725,00
		04	Spor de vechime	-
		05	Sporuri pentru condiții de muncă	325,00
		06	Alte sporuri	15,00
		07	Ore suplimentare	-
		08	Fond de premii	-
		09	Prima de vacanță	-
		12	Indemnizații plătite unor persoane din afara unității	150,00
		13	Indemnizații de delegare	20,00
		30	Alte drepturi salariale în bani	30,00
	10.02		<i>Cheltuieli salariale în natură</i>	150,00
		01	Tichete de masă	150,00
	10.03		<i>Contribuții</i>	805,00
		01	Contribuții pentru asigurările sociale de stat	552,00
		02	Contribuții pentru asigurările de șomaj	24,00
		03	Contribuții pentru asigurările sociale de sănătate	187,00
		04	Contribuții pentru asigurările de accidente de muncă	10,00
		06	Contribuții pt.concedii și indemnizații	32,00
20			Titlul II. BUNURI ȘI SERVICII	1.350,00
	20.01		<i>Bunuri și servicii</i>	610,00
		01	Furnituri de birou	25,00
		02	Materiale pentru curățenie	5,00
		03	Încălzit, iluminat și forță motrică	20,00
		04	Apă, canal și salubritate	10,00
		05	Carburanți și lubrifianți	130,00
		06	Piese de schimb	25,00
		07	Transport	50,00
		08	Poștă, telecomunicații, radio, tv, internet	75,00
		09	Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional	60,00
		30	Alte bunuri și servicii pentru întreținere și funcționare	210,00
	20.02		<i>Reparații curente</i>	5,00
	20.04		<i>Medicamente și materiale sanitare</i>	5,00
		02	Materiale sanitare	5,00
	20.05		<i>Bunuri de natura obiectelor de inventar</i>	105,00
		01	Uniforme și echipament	50,00
		03	Lenjerie și accesorii de pat	-
		30	Alte obiecte de inventar	55,00
	20.06		<i>Deplasări, detașări, transferări</i>	300,00
		01	Deplasări interne	75,00
		02	Deplăsări în străinătate	225,00

*) Anexa este reprodusă în facsimil.

- mii lei -

Cap./ Titlu	Subcap. Articol	Paragraf Alineat	Denumirea indicatorilor	Program 2017
A	B	C	D	1
	20.11		<i>Cărți, publicații și materiale documentare</i>	10,00
	20.12		<i>Consultanță și expertiză</i>	10,00
	20.13		<i>Pregătire profesională</i>	100,00
	20.14		<i>Protecția muncii</i>	5,00
	20.30		<i>Alte cheltuieli</i>	200,00
		01	Reclamă și publicitate	5,00
		02	Protocol și reprezentare	30,00
		04	Chirii	135,00
		07	Fondul conducătorului instituției publice	15,00
		30	Alte cheltuieli cu bunuri și servicii	15,00
55			Titlul VII. ALTE TRANSFERURI	25,00
	55.02		Transferuri curente în străinătate (către organizații internaționale)	25,00
		01	Contribuții și cotizații la organisme internaționale	25,00
57			Titlul IX. ASISTENȚĂ SOCIALĂ	150,00
	57.02		<i>Ajutoare sociale</i>	150,00
		01	Ajutoare sociale în numerar	150,00
			CHELTUIELI DE CAPITAL	455,00
71			Titlul XIII. ACTIVE NEFINANCIARE	455,00
	71.01		<i>Active fixe</i>	455,00
		01	Construcții	-
		02	Mașini, echipamente și mijloace de transport	425,00
		03	Mobilier, aparatură birotică și alte active corporale	-
		30	Alte active fixe	30,00

Date de fundamentare a cheltuielilor de personal în bugetul de venituri și cheltuieli pe anul 2017:

- 1) Număr mediu de personal: 45 persoane;
- 2) Câștigul mediu brut lunar: 5.638 lei/salariat;
- 3) În câștigul mediu salarial brut lunar de la punctul 2) nu este cuprinsă și suma aferentă salariului Directorului General (suma de 103 mii lei);
- 4) În cheltuielile salariale în bani sunt cuprinse indemnizațiile membrilor Consiliului de Conducere (suma de 150 mii lei), precum și indemnizațiile de delegare (suma de 20 mii lei).

EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
 IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
 și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948493 053163