

HOTARARE GUVERN 206/2015	
Emitent: Guvern Domenii: Sanatate	M.O. 208/2015
Hotarare privind aprobarea programelor nationale de sanatate pentru anii 2015 si 2016	

M.Of.Nr.208 din 30 martie 2015

HOTARARE Nr.206
privind aprobarea programelor nationale
de sanatate pentru anii 2015 si 2016

In temeiul art. 108 din Constitutia Romaniei, republicata, si al art. 48 alin. (1) si (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare,

Guvernul Romaniei adopta prezenta hotarare.

Art. 1. - (1) Se aproba programele nationale de sanatate pentru anii 2015 si 2016, precum si structura si obiectivele acestora, prevazute in anexa care face parte integranta din prezenta hotarare.

(2) Programele nationale de sanatate reprezinta, potrivit prevederilor art. 45 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, un ansamblu de actiuni multianuale, orientate spre principalele domenii de interventie ale asistentei de sanatate publica.

(3) Programele nationale de sanatate se deruleaza in mod distinct dupa cum urmeaza:

- a) de catre Ministerul Sanatatii - programele nationale de sanatate publica;
- b) de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate - programele nationale de sanatate curative.

Art. 2. - Normele tehnice de realizare a programelor nationale de sanatate pentru anii 2015 si 2016, denumite in continuare norme tehnice, se aproba dupa cum urmeaza:

- a) prin ordin al ministrului sanatatii, pentru programele nationale de sanatate publica;
- b) prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, cu avizul Ministerului Sanatatii, pentru programele nationale de sanatate curative.

Art. 3. - (1) Programele nationale de sanatate publica se finanteaza de la bugetul Ministerului Sanatatii, din bugetul de stat si din venituri proprii, precum si din alte surse, inclusiv din donatii si sponsorizari, in conditiile legii.

(2) Programele nationale de sanatate curative se finanteaza de la bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, denumit in continuare Fond, precum si din alte surse, inclusiv din donatii si sponsorizari, in conditiile legii.

(3) Sumele alocate programelor nationale de sanatate sunt aprobate anual prin legea bugetului de stat, potrivit prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finantele publice, cu modificarile si completarile ulterioare.

(4) Detalierea fondurilor mentionate la alin. (1) si (2) pe programe nationale de sanatate publica, respectiv programe nationale de sanatate curative este prevazuta in normele tehnice.

Art. 4. - (1) Programele nationale de sanatate sunt elaborate de catre Ministerul Sanatatii cu participarea Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Implementarea programelor nationale de sanatate se realizeaza prin unitati de specialitate, prevazute in normele tehnice.

(3) Unitatile de specialitate sunt:

- a) institutii publice;
- b) furnizori publici de servicii medicale;
- c) furnizori privati de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedeaza capacitatii furnizorilor publici de servicii medicale, pentru care se solicita avizul Ministerului Sanatatii, avand in vedere rolul acestuia de autoritate centrala in domeniul asistentei de sanatate publica;
- d) furnizori privati de medicamente si dispozitive medicale.

(4) Programele nationale de sanatate publica derulate si finantate de Ministerul Sanatatii sunt prevazute la lit. A din anexa.

Art. 5. - (1) Programele nationale de sanatate curative derulate si finantate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sunt prevazute la lit. B din anexa.

(2) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, prin casele de asigurari sociale de sanatate judetene si a municipiului Bucuresti, respectiv prin Casa Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, denumite in continuare case de asigurari de sanatate, raspunde de asigurarea, evidentierea si controlul utilizarii fondurilor aprobate, precum si de monitorizarea, controlul si analiza indicatorilor fizici si de eficienta pentru programele nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa.

(3) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate transmite structurii cu atributii in elaborarea si coordonarea programelor nationale de sanatate din cadrul Ministerului Sanatatii, trimestrial, anual si ori de cate ori este nevoie, indicatorii fizici si de eficienta pentru programele nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa, precum si modul in care acestea sunt derulate.

Art. 6. - (1) Ministerul Sanatatii repartizeaza directiilor de sanatate publica, unitatilor sanitare din reseaua sanitara proprie, precum si institutiilor din subordine fondurile destinate derularii programelor nationale de sanatate publica prevazute la lit. A din anexa, in conditiile legii.

(2) Casa Nationala de Asigurari de Sanatate repartizeaza caselor de asigurari de sanatate fondurile destinate derularii programelor nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa, in baza indicatorilor fizici si de eficienta realizati in anul precedent.

Art. 7. - (1) Sumele alocate pentru programele nationale de sanatate sunt cuprinse in bugetele de venituri si cheltuieli ale unitatilor de specialitate prin care acestea se implementeaza.

(2) Unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli si executia bugetului de venituri si cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate derulate.

(3) Sumele aprobate pentru derularea programelor nationale de sanatate publica se aloca lunar, la solicitarile unitatilor de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate, intocmite pe baza cererilor fundamentate ale unitatilor de specialitate, in functie de indicatorii realizati si in limita fondurilor aprobate cu aceasta destinatie, insotite de documentele justificative prevazute in normele tehnice.

(4) Sumele aprobate pentru derularea programelor nationale de sanatate curative se aloca lunar, la solicitarile caselor de asigurari de sanatate, pe baza cererilor fundamentate ale unitatilor de specialitate, in functie de indicatorii realizati si in limita fondurilor aprobate cu aceasta

destinatie, insotite de documentele justificative prevazute in normele tehnice.

(5) Sumele prevazute in bugetul Ministerului Sanatatii pentru finantarea programelor nationale de sanatate publica prevazute la lit. A din anexa se alocă după cum urmează:

a) institutiilor publice si furnizorilor de servicii medicale din subordinea Ministerului Sanatatii, pentru implementarea programelor nationale de sanatate publica si/sau asigurarea asistentei tehnice si managementului programelor nationale de sanatate, după caz;

b) furnizorilor de servicii medicale din rețeaua autoritatilor administratiei publice locale si a ministerelor si institutiilor cu rețea sanitară proprie, precum si furnizorilor de servicii medicale privati, in baza contractelor incheiate cu directiile de sanatate publica sau, după caz, cu institutiile publice din subordinea Ministerului Sanatatii, după caz.

(6) Sumele prevazute in bugetul Fondului pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative prevazute la lit. B din anexa se alocă in baza contractelor negociate si incheiate intre furnizori si casele de asigurari de sanatate.

(7) Pentru derularea programelor nationale de sanatate curative in cadrul carora se asigura medicamente, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale si altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii medicale paraclinice, casele de asigurari de sanatate incheie contracte pentru derularea programelor nationale de sanatate curative cu unitatile de specialitate prevazute la art. 4 alin. (3), care sunt in relatie contractuala pentru furnizare de servicii medicale spitalicesti, furnizarea de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, după caz.

(8) Pentru derularea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice din cadrul Programului national de oncologie si a Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica, casele de asigurari de sanatate incheie contracte pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv contracte pentru furnizarea de servicii de dializa in regim ambulatoriu după cum urmează:

a) cu unitatile de specialitate prevazute la art. 4 alin. (3) lit. b) si c) care se afla in relatie contractuala pentru furnizare de servicii medicale spitalicesti;

b) cu unitatile de specialitate prevazute la art. 4 alin. (3) lit. b) si c) care au structura aprobata pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializa si care se afla sau nu se afla in relatie contractuala pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurari de sanatate.

(9) Unitatile de specialitate prevazute la alin. (8) lit. b), in vederea intrarii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializa in regim ambulatoriu, trebuie sa indeplineasca urmatoarele conditii de eligibilitate:

a) sa fie organizati in una dintre formele legale prevazute de actele normative in vigoare;

b) sa fie autorizati si evaluati potrivit dispozitiilor legale in vigoare

(10) In vederea intrarii in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializa in regim ambulatoriu, unitatile de specialitate de la alin. (8) lit. b) au obligatia de a depune documentele prevazute in normele tehnice.

Art. 8. - (1) Raporturile stabilite intre unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate sunt raporturi juridice civile, care vizeaza actiuni multianuale, ce se stabilesc si se desfasoara pe baza de contract cu valabilitate pana la data de 31 decembrie 2016.

(2) In situatia in care este necesara modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea

sunt negociate si stipulate in acte aditionale, potrivit si in limita prevederilor legale in vigoare.

(3) Angajamentele legale incheiate in exercitiul curent din care rezulta obligatii nu pot depasi creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

(4) Creditele bugetare aferente actiunilor multianuale reprezinta limita superioara a cheltuielilor care urmeaza a fi ordonantate si platite in cursul exercitiului bugetar. Platile sunt aferente angajamentelor efectuate in limita creditelor de angajament aprobate in exercitiul bugetar curent sau in exercitiile bugetare anterioare.

(5) Sumele nedecontate pentru medicamentele si materialele sanitare specifice utilizate in programele nationale de sanatate curative in tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum si sumele nedecontate pentru servicii de dializa si serviciile de radioterapie efectuate in luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost inregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului in curs si se inregistreaza atat la plati, cat si la cheltuieli in anul curent din creditele bugetare aprobate.

(6) Angajamentele legale aferente medicamentelor si materialelor sanitare specifice utilizate pentru fiecare program/subprogram national de sanatate curativ in tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum si pentru servicii de dializa, servicii de radioterapie, efectuate in luna decembrie, la nivelul casei de asigurari de sanatate, nu pot depasi media lunara a primelor 11 luni ale aceluiasi an.

(7) Casele de asigurari de sanatate pot stabili si alte termene de contractare, in functie de necesarul de servicii medicale, de medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si altele asemenea acordate in cadrul programelor nationale de sanatate curative, in limita fondurilor aprobate fiecarui program/subprogram national de sanatate.

Art. 9. - Unitatile sanitare cu paturi aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative au urmatoarele obligatii:

a) sa utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram national de sanatate curativ, potrivit destinatiei acestora;

b) sa dispuna masuri pentru gestionarea eficienta a mijloacelor materiale si banesti;

c) sa organizeze evidenta cheltuielilor pe fiecare program/ subprogram national de sanatate curativ si pe subdiviziunile clasificatiei bugetare atat in prevederi, cat si in executie;

d) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea si eliberarea medicamentelor/ materialelor sanitare specifice din cadrul programelor nationale de sanatate curative, potrivit prevederilor legale in vigoare;

e) sa asigure bolnavilor tratamentul adecvat si eficient, cu respectarea conditiilor privind modalitatile de prescriere si eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale in vigoare;

f) sa achizitioneze, in conditiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice in baza necesarului stabilit, tinand cont de nevoile reale, consumurile realizate si de stocurile cantitativ-valorice, in conditiile legii, la nivelul pretului de achizitie, care pentru medicamente nu poate depasi pretul de decontare;

g) sa monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit inchis in cadrul programelor/ subprogramelor nationale de sanatate, cu evidente distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si de la nivelul caselor de asigurari de sanatate;

h) sa asigure asiguratilor, fara nicio discriminare, acordarea serviciilor medicale si tratamentul specific afectiunilor cuprinse in programele nationale de sanatate curative;

i) sa transmita casei de asigurari de sanatate in primele 15 zile ale lunii urmatoare incheierii

perioadei pentru care se face raportarea: raportari lunare, trimestriale, cumulativ de la inceputul anului, si anuale privind sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizati, precum si evidenta nominala in baza CNP/CID, pentru bolnavii tratati in cadrul programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative;

j) sa depuna lunar la casa de asigurari de sanatate, in vederea validarii si decontarii contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, in limita sumei prevazute in contract si a sumelor disponibile cu aceasta destinatie;

k) sa transmita caselor de asigurari de sanatate prescriptiile medicale/copii ale foilor de condica de medicamente in baza carora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul in ambulatoriu, insotite de borderourile centralizatoare distincte;

l) sa organizeze evidenta electronica a bolnavilor care beneficiaza de medicamentele si/sau materialele sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, dupa caz, in cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafa), medicamentele/ materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea si valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

m) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora si sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

n) sa informeze asiguratii cu privire la derularea programelor nationale de sanatate curative, precum si cu privire la faptul ca numai medicamentele prevazute in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin hotarare de guvern, se deconteaza din fond;

o) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizati in actele normative in vigoare;

p) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale, in maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

q) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurarilor sociale de sanatate, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative;

r) sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala electronica pentru medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu si sa il elibereze, ca o consecinta a actului medical propriu, numai pentru medicamentele si materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor nationale de sanatate curative; sa asigure utilizarea formularului de prescriptie medicala, care este formular cu regim special unic pe tara, pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope; sa asigure utilizarea formularului electronic de prescriptie medicala pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope de la data la care acesta se implementeaza; sa furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale in vigoare, si sa prescrie medicamentele si materialele sanitare specifice care se acorda in cadrul programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative, informand in prealabil asiguratul

despre tipurile si efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmeaza sa i le prescrie. In conditiile recomandarii unor medicamente care nu se regasesc in Lista cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, sa informeze asiguratii prin medicii curanti/medicii prescriptori ca acestea nu se deconteaza din Fond, putand face dovada prin semnatura asiguratului ca a fost informat in acest sens;

s) sa respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale, potrivit prevederilor legale in vigoare;

s) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

t) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

t) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii medicamentelor/materialelor sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, dupa caz;

u) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa, potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001 privind semnatura electronica, republicata. Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/ adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale.

Pentru eliberarea medicamentelor sa foloseasca sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; asumarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata;

v) sa raporteze corect si complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se elibereaza in cadrul programelor nationale de sanatate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate, dupa caz, potrivit prevederilor legale in vigoare;

w) sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate pe care le deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora;

x) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului de la data implementarii acestuia;

y) sa puna la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si caselor de asigurari de sanatate toate documentele justificative care atesta medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate si raportate in relatia contractuala cu casele de asigurari de sanatate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/ subprogramelor nationale de sanatate curative;

z) sa transmita Casei Nationale de Asigurari de Sanatate informatiile si documentele solicitate de aceasta in domeniu pe parcursul derularii programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative finantate din bugetul Fondului;

aa) sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line si prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope, in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

ab) sa nu raporteze in sistem DRG activitatile ce se deconteaza din bugetul aferent programelor nationale de sanatate curative;

ac) sa nu incaseze sume de la asigurati pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale si altele asemenea si pentru actele administrative emise ca urmare a furnizarii acestor servicii, care se asigura in cadrul programelor nationale de sanatate curative;

ad) sa asigure servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice si altele asemenea pentru:

(i) pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala, in perioada de valabilitate a acestora, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;

(ii) pacientii titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, in situatia in care serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice si altele asemenea sunt parte din serviciile cuprinse in Pachetul de servicii pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana;

(iii) titularii de card european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului si pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, pachet prevazut de Contractul-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

ae) sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele

medicale, materialele sanitare specifice si altele asemenea acordate si decontate din bugetul Fondului, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, precum si pentru pacientii din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii;

af) sa raporteze distinct, in vederea decontarii, caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala facturile pentru serviciile prevazute la lit. ae), insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice si altele asemenea, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare.

Art. 10. - Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, au urmatoarele obligatii:

a) sa se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzatoare denumirilor comune internationale (DCI) prevazute in sublista C, sectiunea C2 din anexa la Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al caror pret pe unitatea terapeutica este mai mic sau egal cu pretul de decontare, fara a incasa contributie personala pentru acest pret de la asigurati;

b) sa asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiasi denumiri comune internationale (DCI), cu prioritate la preturile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; sa se aprovizioneze, la cererea scrisa a asiguratului si inregistrata la furnizor, in maximum 48 de ore, cu medicamentele si materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, daca acestea nu exista la momentul solicitarii in farmacie; solicitarea de catre asigurat se face in scris, iar farmacia trebuie sa faca dovada demersurilor efectuate in acest sens;

c) sa detina documente justificative privind intrarile si iesirile pentru medicamentele si materialele sanitare specifice eliberate in baza prescriptiilor medicale raportate spre decontare; sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative, cu privire la tipul si cantitatea medicamentelor si materialelor sanitare specifice achizitionate si evidentiata in gestiunea cantitativ-valorica a farmaciei si care au fost eliberate in perioada pentru care se efectueaza controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative anterior mentionate se sanctioneaza potrivit legii si conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare specifice eliberate in perioada verificata si cantitatea de medicamente/materiale sanitare specifice achizitionate, aceasta procedeaza la suspendarea contractului de furnizare de medicamente si sesizeaza mai departe institutiile abilitate de lege sa

efectueze controlul unitatii respective;

d) sa verifice prescriptiile medicale off-line si cele pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, in vederea eliberarii acestora si a decontarii contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse in prescriptiile medicale electronice off-line/prescriptiile cu regim special pentru substantele si preparatele psihotrope si stupefiante, care nu contin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevazute in formularul de prescriptie medicala, nu se elibereaza de catre farmacii si nu se deconteaza de casele de asigurari de sanatate;

e) sa verifice daca au fost respectate conditiile prevazute in normele tehnice cu privire la prescrierea si eliberarea medicamentelor si materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative;

f) sa transmita caselor de asigurari de sanatate datele solicitate, utilizand platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor. Incepand cu data implementarii sistemului de raportare in timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluati pentru indeplinirea acestei obligatii;

g) sa intocmeasca si sa prezinte/sa transmita caselor de asigurari de sanatate, in conditiile stabilite in normele tehnice, documentele necesare in vederea decontarii medicamentelor si materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative: factura si alte documente justificative prevazute in normele tehnice; sumele prevazute in factura si medicamentele si materialele sanitare specifice din documentele justificative insotitoare, prezentate caselor de asigurari de sanatate de furnizorii de medicamente in vederea decontarii acestora, trebuie sa corespunda cu datele raportate in Sistemul informatic unic integrat si cu datele raportate potrivit prevederilor lit. u);

h) sa respecte modul de eliberare a medicamentelor si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/ subprograme nationale de sanatate curative, in conditiile reglementarilor legale in vigoare, si sa nu inlocuiasca un produs biologic cu biosimilarul, fara recomandarea medicului;

i) sa functioneze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit legii;

j) sa informeze asiguratii cu privire la drepturile si obligatiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative, precum si la modul de utilizare a acestora, potrivit prescriptiei medicale; sa afiseze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si puse la dispozitie de catre aceasta;

k) sa respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunarii generale nationale a Colegiului Farmacistilor din Romania nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmacistilor din Romania si a Codului deontologic al farmacistului, in relatiile cu asiguratii;

l) sa isi stabileasca programul de functionare, pe care sa il afiseze la loc vizibil in farmacie, sa participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuitatii privind furnizarea medicamentelor in tratamentul ambulatoriu, in zilele de sambata, duminica si de sarbatori legale, precum si pe timpul noptii, si sa afiseze la loc vizibil lista farmaciilor care asigura continuitatea furnizarii de

medicamente, publicata pe pagina web a casei de asigurari de sanatate. Acest program se stabileste potrivit prevederilor legale in vigoare;

m) sa elibereze asiguratilor medicamentele din prescriptiile medicale si/sau materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative din prescriptiile medicale, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, in conditiile in care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casa de asigurari de sanatate cu care medicul care a eliberat prescriptia medicala a incheiat contract;

n) sa anuleze DCI-urile/medicamentele si/sau materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative si care nu au fost eliberate, prin taiere cu o linie sau prin inscrierea mentiunii „anulat“, in fata primitorului, pe exemplarele prescriptiei medicale electronice offline, in conditiile stabilite prin norme, nefiind permisa eliberarea altor medicamente/materiale sanitare specifice din farmacie in cadrul sumei respective;

o) sa nu elibereze medicamentele si materialele sanitare specifice din prescriptiile medicale care si-au incetat valabilitatea;

p) sa pastreze la loc vizibil in farmacie condica de sugestii si reclamatii; condica va fi numerotata de farmacie si stampilata de casa/casele de asigurari de sanatate cu care furnizorul se afla in relatie contractuala;

q) sa asigure prezenta unui farmacist in farmacie si la oficinele locale de distributie pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

r) sa depuna, in luna urmatoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele si materialele sanitare specifice ce se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, documentele necesare in vederea decontarii pentru luna respectiva, pana la termenul prevazut in contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu incadrarea in bugetul aprobat la nivelul casei de asigurari de sanatate si afisat de aceasta pe site;

s) sa se informeze asupra conditiilor de furnizare a medicamentelor si a materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative;

s) sa elibereze medicamentele si materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, la nivelul pretului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, fara a incasa contributie personala pentru acest pret de la asigurati; in cazul in care pretul cu amanuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutica al medicamentului prescris este mai mare decat pretul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot incasa de la asigurati, numai cu acordul si la solicitarea acestora, diferenta de pret rezultata dintre pretul medicamentului prescris si pretul de decontare al acestuia; in acest sens, farmacia trebuie sa obtina acordul informat si scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescriptiei;

t) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora; sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

t) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de medicamente in tratamentul ambulatoriu,

precum si de materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractelor;

u) sa transmita zilnic caselor de asigurari de sanatate, in format electronic, situatia medicamentelor si materialelor sanitare specifice eliberate, potrivit machetelor solicitate de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; nerespectarea nejustificata a acestei obligatii pe perioada derularii contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

v) sa nu elibereze prescriptiile medicale care nu contin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda, precum si daca nu au fost respectate conditiile prevazute in normele privind eliberarea prescriptiilor medicale, referitoare la numarul de medicamente si la durata terapiei;

w) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

x) sa nu elibereze medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative prin farmaciile/oficinele locale de distributie excluse din contractele incheiate intre societatile comerciale farmaceutice si casa de asigurari de sanatate, dupa data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distributie decat cele prevazute in contract;

y) sa respecte dreptul asiguratilor de a-si alege farmacia care a incheiat contract pentru furnizarea de medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, potrivit prevederilor legale in vigoare;

z) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor - farmacia/oficina, precum si dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul farmaceutic, respectiv farmacistii si asistentii de farmacie, care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmeaza sa fie inregistrat in contract si sa functioneze sub incidenta acestuia;

aa) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea eliberarii medicamentelor si/sau materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, daca acestea se ridica din farmacie de catre beneficiarul prescriptiei; in situatia in care ridicarea medicamentelor si/sau materialelor sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative de la farmacie se face de catre un imputernicit, se solicita cardul national de asigurari sociale de sanatate al imputernicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pasaportul, daca imputernicitul nu poate prezenta cardul national de asigurari sociale de sanatate, iar o copie a cartii de identitate/buletinului de identitate/pasaportului imputernicitului se pastreaza la farmacie; medicamentele si/sau materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate

curative acordate in cadrul programelor nationale de sanatate curative in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ab) sa verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale in vigoare;

ac) sa foloseasca sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; asumarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata;

ad) sa elibereze medicamentele din prescriptiile medicale eliberate de medicii aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru:

(i) titularii cardului european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/ Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului;

(ii) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, in perioada de valabilitate a acestora, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania;

(iii) pacientii din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

ae) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele si/sau materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, si sa raporteze lunar/trimestrial in vederea decontarii caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale facturile insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare, la preturile de decontare stabilite pentru cetatenii romani asigurati, fara a incasa contributie personala pentru acest pret;

af) sa intocmeasca evidente distincte pentru medicamentele si/sau materialele sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative sanitare acordate pe teritoriul Romaniei, si sa raporteze lunar/trimestrial in vederea decontarii caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala facturile insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe/subprograme nationale de sanatate curative, dupa caz, de documentele justificative/documente insotitoare, la preturile de referinta stabilite pentru cetatenii romani asigurati, fara a incasa contributie personala pentru acest pret.

Art. 11. - Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice in cadrul unor programe/subprograme nationale de sanatate curative au urmatoarele obligatii:

- a) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate potrivit prevederilor legale in vigoare;
- b) sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale paraclinice in cadrul unor programe/subprograme nationale de sanatate curative si ale asiguratului referitoare la actul medical;
- c) sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora si sa asigure securitatea in procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
- d) sa factureze lunar, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, activitatea realizata potrivit contractului de furnizare de servicii medicale in cadrul unor programe/subprograme nationale de sanatate curative; factura este insotita de documentele justificative privind activitatile realizate, atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate;
- e) sa raporteze caselor de asigurari de sanatate datele necesare pentru urmarirea desfasurarii activitatii in cadrul programelor nationale de sanatate curative, potrivit machetelor de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate;
- f) sa completeze corect si la zi formularele utilizate in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, respectiv pe cele privind evidentele obligatorii, cele cu regim special si cele tipizate;
- g) sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a furnizorului, potrivit prevederilor legale in vigoare;
- h) sa respecte programul de lucru si sa il comunice caselor de asigurari de sanatate, in baza unui formular al carui model este cel utilizat in cadrul contractului de servicii medicale in asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatile paraclinice, program asumat prin contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate;
- i) sa asigure eliberarea actelor medicale, in conditiile stabilite in prezenta hotarare si normele tehnice;
- j) sa anunte casa de asigurari de sanatate despre modificarea oricareia dintre conditiile care au stat la baza incheierii contractului de furnizare de servicii medicale in maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificarii si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului;
- k) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele/subprogramele nationale de sanatate curative;
- l) sa asigure serviciile medicale paraclinice care se acorda asiguratilor in cadrul programelor/subprogramelor nationale de sanatate curative fara nicio discriminare;
- m) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;
- n) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

o) sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice pentru dozarea hemoglobinei glicozilate la bolnavi cu diabet zaharat medicului care a facut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

p) sa transmita rezultatul investigatiilor medicale paraclinice pentru investigatiile PET-CT medicului care a facut recomandarea, direct sau prin intermediul asiguratului, precum si Casei Nationale de Asigurari de Sanatate la solicitarea acesteia;

q) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

r) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

s) sa efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai in baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, cu conditia ca medicii, prevazuti in normele tehnice, care au eliberat biletele de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice;

s) sa verifice biletele de trimitere in ceea ce priveste datele obligatorii pe care acestea trebuie sa le cuprinda potrivit prevederilor legale in vigoare;

t) sa efectueze investigatia PET-CT numai in baza deciziei de aprobare emise de comisia de experti de pe langa Casa Nationala de Asigurari de Sanatate; valabilitatea deciziei de aprobare este de 45 de zile calendaristice;

t) sa utilizeze numai reactivi care au declaratii de conformitate CE emise de producatori si sa practice o evidenta de gestiune cantitativ-valorica corecta si la zi pentru reactivi in cazul furnizorilor de investigatii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

u) sa faca mentenanta si sa intretina aparatele din laboratoarele de investigatii medicale paraclinice, potrivit specificatiilor tehnice, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

v) sa consemneze rezultatele si sa stocheze in arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigatiilor PET-CT, in conformitate cu specificatiile tehnice ale aparatului;

w) sa depuna la casa de asigurari de sanatate cu care incheie contract o declaratie pe propria raspundere cu privire la contractele incheiate cu casele de asigurari de sanatate;

x) sa intocmeasca evidente distincte si sa raporteze distinct serviciile realizate, potrivit contractelor incheiate cu fiecare casa de asigurari de sanatate, dupa caz;

y) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fise tehnice - cu privire la tipul si cantitatea reactivilor achizitionati si care au fost utilizati pentru investigatiile medicale paraclinice efectuate in perioada pentru care se efectueaza controlul - investigatii medicale paraclinice raportate potrivit contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru programele/subprogramele nationale de sanatate curative, precum si pentru orice alte investigatii de acelasi tip efectuate in afara relatiei contractuale cu casa de asigurari de sanatate pentru derularea programelor/subprogramelor nationale de sanatate in perioada pentru care se efectueaza controlul. In situatia in care casa de asigurari de sanatate sesizeaza neconcordante intre investigatiile medicale efectuate in perioada verificata si cantitatea de reactivi achizitionati potrivit facturilor si utilizati in efectuarea investigatiilor pentru programele/ subprogramele nationale de sanatate curative, aceasta procedeaza la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice si sesizeaza potrivit legii institutiile abilitate in acest sens;

z) sa asigure prezenta unui medic specialist in medicina de laborator sau biolog, chimist,

biochimist cu grad de specialist in fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligatia ca pentru cel putin o norma pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru sa fie acoperit de medic/medici de laborator care isi desfasoara intr-o forma legala profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; sa asigure prezenta unui medic de radiologie si imagistica medicala in fiecare laborator de radiologie si imagistica medicala/punct de lucru din structura furnizorului, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectivul laborator/punct de lucru; sa asigure prezenta unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel putin o norma pe zi, respectiv de 6 ore;

aa) sa prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale, avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodica, emis potrivit prevederilor legale in vigoare, pentru aparatura din dotare, dupa caz;

ab) sa consemneze in buletinele care cuprind rezultatele dozarilor hemoglobinei glicozilate efectuate si limitele de normalitate ale acestora;

ac) sa transmita lunar, odata cu raportarea, documentele necesare in vederea decontarii prevazute in normele tehnice;

ad) sa solicite, incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate, acest document/adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze, in vederea acordarii serviciilor medicale din cadrul programelor nationale de sanatate curative; serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate;

ae) sa nu incheie contracte cu alti furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigatiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurari de sanatate, cu exceptia furnizorilor de servicii de sanatate conexe actului medical organizate potrivit Ordonantei de urgenta a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea si functionarea cabinetelor de libera practica pentru servicii publice conexe actului medical, aprobata cu modificari prin Legea nr. 598/2001;

af) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

ag) sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele/ subprogramele nationale de sanatate pe care le deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora;

ah) sa verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale in vigoare;

ai) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/ adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

aj) sa asigure acordarea de asistenta medicala beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, in perioada de valabilitate a acestora, in aceleasi conditii ca si persoanelor asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, respectiv pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

ak) sa nu incaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate in cadrul programelor nationale de sanatate curative si pentru actele administrative emise ca urmare a furnizarii acestor servicii;

al) sa completeze dosarul electronic de sanatate al pacientului, de la data implementarii acestuia;

am) sa organizeze evidenta electronica a bolnavilor care beneficiaza de servicii medicale paraclinice, in cadrul programelor/subprogramelor nationale de sanatate, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafa);

an) sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile medicale paraclinice acordate si decontate din bugetul Fondului, pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, respectiv pentru pacientii din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei;

ao) sa raporteze distinct, in vederea decontarii caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, facturile pentru serviciile prevazute la lit. an), insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale si, dupa caz, de documentele justificative/documentele insotitoare.

Art. 12. - Furnizorii de servicii de dializa aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate au urmatoarele obligatii:

a) sa furnizeze serviciile de dializa potrivit prevederilor Ordinului ministrului sanatatii nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare si functionare a unitatilor de dializa publice si private, cu modificarile ulterioare, precum si cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licentierea medicala a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializa ori furnizarea serviciilor si sa utilizeze numai medicamente si materiale sanitare specifice, aparatura si echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate in Romania; normele de

evaluare, certificare sau licențiere medicala ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

b) să furnizeze serviciile de dializă pacienților asigurați cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita numărului de bolnavi pe tipuri de dializă incluși în program;

c) să furnizeze serviciile de dializă pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului 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;

d) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverință de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializă;

e) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicarea cu sistemul informatic se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. 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/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

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

h) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislației în vigoare;

i) să ofere informații asiguraților despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

j) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

- k) sa respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale in vigoare;
- l) sa stabileasca si sa respecte programul de activitate, sa il afiseze la loc vizibil si sa stabileasca programul de activitate si sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;
- m) sa anunte casele de asigurari de sanatate despre modificarile oricareia dintre conditiile obligatorii care au stat la baza incheierii contractului de servicii de dializa, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului, precum si modificarea datelor de identificare, declarate la data incheierii contractului;
- n) sa informeze pacientii cu privire la serviciile de dializa si la obligatiile lor in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, precum si la obligatiile pacientilor referitoare la actul medical;
- o) sa permita personalului caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate verificarea scriptica si factica a modului de indeplinire a obligatiilor contractuale asumate de acesta in baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele si materialele sanitare specifice achizitionate si utilizate in efectuarea serviciilor de dializa;
- p) sa transmita caselor de asigurari de sanatate raportari lunare, trimestriale, cumulat de la inceputul anului, si anuale privind indicatorii realizati, in primele 15 zile ale lunii urmatoare incheierii perioadei pentru care se face raportarea; se raporteaza in vederea decontarii bolnavii si serviciile de dializa aferente acestora, cu exceptia serviciilor de initiere a tratamentului, care nu se deconteaza din suma aprobata Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica;
- q) sa respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si ale legislatiei subsecvente in acest domeniu;
- r) sa indeplineasca conditiile obligatorii si conditiile suspensive prevazute in normele tehnice;
- s) sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru programul national de sanatate pe care il deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestuia.
- s) sa raporteze corect si complet consumul de medicamente ce se elibereaza in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica, potrivit prevederilor legale in vigoare;
- t) sa completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementarii acestuia;
- t) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;
- u) sa asigure prezenta personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sanatatii nr. 1.718/2004, cu modificarile ulterioare;
- v) sa faca mentenanta si sa intretina aparatele din unitatea de dializa, potrivit specificatiilor tehnice, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;
- w) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative privind detinerea aparatelor necesare furnizarii serviciilor de dializa contractate cu casele de asigurari de sanatate - factura, certificate de conformitate UE, fise tehnice etc.;
- x) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele nationale de

sanatate curative;

y) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

z) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

aa) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

ab) sa organizeze evidenta electronica a bolnavilor care beneficiaza de servicii medicale de dializa in cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafa), servicii medicale de dializa efectuate;

ac) sa nu incaseze sume de la asigurati pentru serviciile de dializa si pentru actele administrative emise ca urmare a furnizarii acestor servicii in cadrul programului;

ad) sa transmita lunar caselor de asigurari de sanatate, in original si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, cu respectarea confidentialitatii datelor, declaratia de servicii lunara, in primele 5 zile lucratoare ale lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;

ae) sa anunte in scris, in termen de 5 zile lucratoare, centrul de dializa de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienti noi in cadrul programului pentru tratament specific se realizeaza potrivit prevederilor Regulamentului de organizare si functionare a unitatilor de dializa publice si private, aprobat prin Ordinul ministrului sanatatii nr. 1.718/2004, cu modificarile ulterioare;

af) sa transmita trimestrial caselor de asigurari de sanatate o situatie privind bolnavii decedati;

ag) sa asigure transportul nemedical al pacientilor pentru hemodializa: hemodializa conventionala sau hemodiafiltrare intermitenta on-line, precum si transportul lunar al medicamentelor si materialelor sanitare specifice pentru pacientii cu dializa peritoneala continua sau automata, prevazuti in contract si sa raspunda de calitatea transporturilor;

ah) sa raporteze datele on-line Registrului renal roman in formatul cerut de acesta;

ai) sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile medicale acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei;

aj) sa raporteze in vederea decontarii caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale facturile pentru serviciile prevazute la lit. ai) insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale si, dupa caz, de documentele justificative/documente insotitoare;

ak) sa verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale in vigoare.

Art. 13. - Furnizorii de servicii de radioterapie aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de servicii de radioterapie au urmatoarele obligatii:

a) sa furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr.111/1996 privind desfasurarea in siguranta, reglementarea, autorizarea si controlul activitatilor nucleare, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare, Normelor de securitate radiologica in practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul presedintelui Comisiei Nationale pentru Controlul Activitatilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, si Normelor privind radioprotectia persoanelor in cazul expunerilor medicale la radiatii ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii si familiei si al presedintelui Comisiei Nationale pentru Controlul Activitatilor Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si sa utilizeze numai aparatura si echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate in Romania;

b) sa furnizeze serviciile pacientilor asigurati cuprinsi in Subprogramul de radioterapie, fara niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament;

c) sa furnizeze serviciile beneficiarilor formularelor/ documentelor europene emise in aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, in perioada de valabilitate a acestora, in aceleasi conditii ca pentru persoanele asigurate in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate din Romania, precum si pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale;

d) sa solicite incepand cu data implementarii cardului national de asigurari sociale de sanatate acest document/ adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul si sa le utilizeze in vederea acordarii serviciilor de radioterapie;

e) sa foloseasca on-line sistemul national al cardului de asigurari sociale de sanatate din platforma informatica a asigurarilor de sanatate; in situatii justificate in care nu se poate realiza comunicatia cu sistemul informatic, se utilizeaza sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata.

Serviciile medicale inregistrate off-line se transmit in platforma informatica a asigurarilor de sanatate in maximum 72 de ore de la momentul acordarii serviciului medical, pentru serviciile acordate in luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate in alte conditii decat cele mentionate anterior nu se deconteaza furnizorilor de catre casele de asigurari de sanatate; prevederile sunt valabile si in situatiile in care se utilizeaza adeverinta de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuza cardul national din motive religioase sau de constiinta/ adeverinta inlocuitoare pentru cei carora li se va emite card national duplicat sau, dupa caz, documentele prevazute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru persoanele carora nu le-a fost emis cardul in vederea acordarii serviciilor medicale;

f) sa depuna la autoritati rapoartele cerute de normele de radioterapie, potrivit prevederilor legale in vigoare;

g) sa angajeze personalul de specialitate potrivit cerintelor specifice de securitate radiologica in radioterapia medicala umana prevazute in Normele de securitate radiologica in practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul presedintelui Comisiei Nationale pentru Controlul Activitatilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificarile si completarile ulterioare, Normele privind expertul in fizica medicala, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Comisiei Nationale pentru Controlul Activitatilor Nucleare nr. 1.272/266/2006, precum si sa

asigure instruirea tehnica corespunzatoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;
h) sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislatiei in vigoare;
i) sa ofere informatii asiguratilor despre serviciile acordate, precum si despre modul in care vor fi furnizate acestea si sa acorde consiliere in scopul prevenirii imbolnavirilor si al pastrarii sanatatii;

j) sa respecte confidentialitatea prestatiei medicale;

k) sa respecte normele de raportare a bolilor, potrivit prevederilor legale in vigoare;

l) sa stabileasca si sa respecte programul de activitate, sa il afiseze la loc vizibil; sa stabileasca programul de activitate si sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, in concordanta cu prevederile Normelor de securitate radiologica in practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul presedintelui Comisiei Nationale pentru Controlul Activitatilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificarile si completarile ulterioare;

m) sa anunte casele de asigurari de sanatate despre modificarile oricareia dintre conditiile obligatorii care au stat la baza incheierii contractului de servicii de radioterapie, in maximum 5 zile lucratoare de la data producerii modificarii, si sa indeplineasca in permanenta aceste conditii pe durata derularii contractului, precum si modificarea datelor de identificare, declarate la data incheierii contractului;

n) sa informeze pacientii cu privire la serviciile de radioterapie si la obligatiile lor in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, precum si la obligatiile pacientilor referitoare la actul medical;

o) sa permita personalului caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate verificarea scriptica si factica a modului de indeplinire a obligatiilor contractuale asumate de acesta in baza contractului;

p) sa transmita caselor de asigurari de sanatate raportari lunare, trimestriale, cumulat de la inceputul anului, si anuale privind indicatorii realizati, in primele 15 zile ale lunii urmatoare incheierii perioadei pentru care se face raportarea;

q) sa respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si ale legislatiei subsecvente in acest domeniu;

r) sa indeplineasca conditiile obligatorii si conditiile suspensive prevazute in normele tehnice;

s) sa publice pe site-ul propriu bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate pe care le il deruleaza, precum si executia pe parcursul derularii acestora;

s) sa raporteze corect si complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se elibereaza in cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice, potrivit prevederilor legale in vigoare;

t) sa completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementarii acestuia;

t) sa reinnoiasca pe toata perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor;

u) sa asigure prezenta unui medic de specialitate in radioterapie, a unui fizician medical si a unui expert in fizica medicala in fiecare unitate de radioterapie, pe toata durata programului de lucru declarat si prevazut in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate pentru respectiva unitate, cu obligatia ca pentru cel putin o norma intreaga pe zi programul unitatii de radioterapie sa fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie si de fizicianul medical care isi desfasoara intr-o forma legala profesia in unitatea respectiva;

v) sa faca mentenanta si sa intretina aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificatiilor tehnice, iar controlul intern si inregistrarea acestuia sa se faca potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum si cele stabilite prin Normele de securitate radiologica in practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul presedintelui Comisiei Nationale pentru Controlul Activitatilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificarile si completarile ulterioare;

w) sa puna la dispozitia organelor de control ale caselor de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele justificative privind detinerea aparatelor necesare furnizarii serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurari de sanatate - facturi, certificate de conformitate UE, fise tehnice etc.;

x) sa asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele nationale de sanatate curative;

y) sa afiseze intr-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

z) sa utilizeze platforma informatica din asigurarile de sanatate. In situatia in care se utilizeaza un alt sistem informatic, acesta trebuie sa fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatica din asigurarile de sanatate, caz in care furnizorii sunt obligati sa asigure confidentialitatea in procesul de transmitere a datelor;

aa) sa utilizeze sistemul de raportare in timp real, incepand cu data la care acesta va fi pus in functiune;

ab) sa organizeze evidenta electronica a bolnavilor care beneficiaza de servicii de radioterapie in cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafa), servicii de radioterapie efectuate (inclusiv doza totala administrata);

ac) sa nu incaseze sume de la asigurati pentru servicii de radioterapie si pentru actele administrative emise ca urmare a furnizarii acestor servicii in cadrul subprogramului;

ad) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

ae) sa nu raporteze in sistem DRG activitatile ce se deconteaza din bugetul aferent programelor nationale de sanatate curative;

af) sa intocmeasca evidente distincte pentru serviciile medicale acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, pentru pacientii din statele cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care au dreptul si beneficiaza de servicii medicale acordate pe teritoriul Romaniei;

ag) sa raporteze in vederea decontarii caselor de asigurari de sanatate cu care se afla in relatii contractuale facturile pentru serviciile prevazute la lit. af) insotite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale si, dupa caz, de documentele justificative/documente insotitoare;

ah) sa transmita lunar caselor de asigurari de sanatate, in original si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, cu respectarea confidentialitatii datelor, declaratia de servicii lunara, in primele 3 zile lucratoare ale lunii urmatoare celei pentru care se face raportarea;

ai) sa intocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

aj) sa verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale in vigoare.

Art. 14. - (1) Nerespectarea oricareia dintre obligatiile prevazute la art. 9 lit. a) - q), s) - t), u), x) - z), ab) - af) si in contractele incheiate de unitatile sanitare cu paturi cu casa de asigurari de sanatate pentru finantarea programelor/ subprogramelor nationale de sanatate curative atrage aplicarea unor sanctiuni de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate/casele de asigurari de sanatate, dupa caz, pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii, dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(2) Nerespectarea obligatiei prevazute la art. 9 lit. v) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare luna neraportata in cadrul fiecarui trimestru, la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(3) Nerespectarea obligatiei prevazute la art. 9 lit. v) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% fata de procentul prevazut la alin. (2), pentru fiecare luna neraportata in cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(4) Pentru raportarea incorecta/incompleta a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale.

(5) In cazul in care se constata nerespectarea de catre o farmacie, in mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurari de sanatate si prevazut in contract de catre furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizarea de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, se aplica urmatoarele masuri:

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(6) In cazul in care se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 10 lit. a)-f), h), j)-w), ab) si ad)-af) se aplica urmatoarele masuri:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna in care s-au inregistrat aceste situatii.

(7) Pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 10 lit. b) nu se aplica diminuari ale sumei convenite pentru luna in care sa inregistrat aceasta situatie, daca vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate printr-o declaratie scrisa.

(8) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii medicale paraclinice, a programului de lucru prevazut in contract:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(9) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligatiilor prevazute la art. 11 lit. a)-c), e)-g), j) - r), s), t)-x) si ah) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(10) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, se constata nerespectarea obligatiilor prevazute la art. 11 lit. s), t) si aj) si/sau serviciile raportate potrivit contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(11) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de dializa a obligatiilor prevazute la art. 12 lit. c), d), g), h), j), l), p), r) si ad) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializa dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(12) Nerespectarea obligatiei prevazute la art. 12 lit. s) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare luna neraportata in cadrul fiecarui trimestru, la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(13) Nerespectarea obligatiei prevazute la art. 12 lit. s) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% fata de procentul prevazut la alin. (12), pentru fiecare luna neraportata in cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(14) Pentru raportarea incorecta/incompleta a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale.

(15) Nerespectarea obligatiei prevazute la art. 12 lit. af) atrage retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzatoare trimestrului respectiv.

(16) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de dializa, a programului de lucru prevazut in contract:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de dializa aferente lunii in care s-au produs aceste situatii.

(17) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de dializa a obligatiilor prevazute la art. 12 lit. i), k), n), q) si v)-aa) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de dializa aferente

lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(18) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, se constata ca serviciile raportate potrivit contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(19) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de radioterapie a obligatiilor prevazute la art. 13 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah) si ai) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializa dupa cum urmeaza:

a) la prima constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

b) la a doua constatare, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferenta lunii respective;

c) la a treia constatare si la urmatoarele constatari dupa aceasta, retinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(20) Nerespectarea obligatiei prevazute la art. 13 lit. s) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare luna neraportata in cadrul fiecarui trimestru, la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(21) Nerespectarea obligatiei prevazute la art. 13 lit. s) atrage retinerea unei sume calculate dupa incheierea fiecarui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% fata de procentul prevazut la alin. (20), pentru fiecare luna neraportata in cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferenta lunii respective.

(22) Pentru raportarea incorecta/incompleta a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se retine o suma echivalenta cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportarii trimestriale.

(23) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de radioterapie, a programului de lucru prevazut in contract:

a) la prima constatare se diminueaza cu 5% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care s-au produs aceste situatii;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care sau produs aceste situatii.

(24) In cazul in care se constata nerespectarea de catre furnizorii de servicii de radioterapie a obligatiilor prevazute la art. 13 lit. i), k), q), n), x)-aa) si ad) se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 10% contravaloarea serviciilor de radioterapie aferente lunii in care sau inregistrat aceste situatii.

(25) In cazul in care, in urma controlului efectuat de catre serviciile specializate ale caselor de asigurari de sanatate, se constata ca serviciile raportate potrivit contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate, se recupereaza contravaloarea acestor servicii si se diminueaza cu 10% valoarea de contract aferenta lunii in care s-au inregistrat aceste situatii.

(26) Retinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(25) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru finantarea programelor/subprogramelor de sanatate din cadrul programului national curativ. In cazul furnizorilor de medicamente, retinerea sumei potrivit prevederilor alin. (5)-(7) se aplica la nivel de farmacie.

(27) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(25) se face prin plata directa sau prin executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de

sanatate pentru finantarea programelor/ subprogramelor nationale de sanatate curative.

(28) Pentru situatiile prevazute la alin. (1)-(25), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare furnizor.

(29) Sumele incasate la nivelul caselor de asigurari de sanatate in conditiile alin. (1)-(25) se utilizeaza potrivit prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie.

(30) Casele de asigurari de sanatate, prin Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, anunta Ministerul Sanatatii, respectiv ministerele si institutiile cu retea sanitara proprie, odata cu prima constatare, despre situatiile prevazute la alin. (1)-(4).

Art. 15. - (1) Casele de asigurari de sanatate aflate in relatii contractuale cu furnizorii pentru finantarea programelor/ subprogramelor de sanatate curative, denumiti furnizori, au urmatoarele obligatii:

a) sa incheie contracte numai cu furnizorii autorizati si evaluati, aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru furnizare de medicamente cu si fara contributie personala pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicesti, in conditiile legii, precum si cu furnizorii de servicii de dializa, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie si sa faca publice in termen de maximum 10 zile lucratoare de la data incheierii contractelor, prin afisare pe pagina web si la sediul casei de asigurari de sanatate, lista nominala a acestora, pentru informarea asiguratilor, precum si valoarea de contract a fiecaruia, in cazul contractelor care au prevazuta o suma ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram national de sanatate curativ, si sa actualizeze permanent aceasta lista in functie de modificarile aparute, in termen de maximum 5 zile lucratoare de la data operarii acestora, potrivit legii;

b) sa deconteze furnizorilor, la termenele prevazute in contract, pe baza facturii insotite de documente justificative prezentate atat pe suport hartie, cat si in format electronic, in formatul solicitat de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate si validate de casele de asigurari de sanatate potrivit reglementarilor legale in vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, in limita valorii de contract;

c) sa informeze furnizorii cu privire la conditiile de contractare pentru finantarea programelor/subprogramelor de sanatate curative suportate din bugetul Fondului, precum si cu privire la eventualele modificari ale acestora survenite ca urmare a aparitiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurari de sanatate;

d) sa informeze in prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sanatate curative si cu privire la orice intentie de schimbare in modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurari de sanatate, precum si prin e-mail la adresele comunicate oficial de catre furnizori, cu exceptia situatiilor impuse de actele normative;

e) sa efectueze, prin structurile de specialitate proprii sau ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, controlul derularii programelor/subprogramelor de sanatate curative, respectiv indeplinirea obligatiilor contractuale de catre furnizorii cu care se afla in relatie contractuala, potrivit prevederilor normelor tehnice;

f) sa inmaneze furnizorilor, la data finalizarii controlului, procesele-verbale de constatare sau, dupa caz, sa le comunice acestora notele de constatare intocmite in termen de maximum o zi lucratoare de la data prezentarii in vederea efectuarii controlului; in cazul in care controlul este efectuat de catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa

Nationala de Asigurari de Sanatate la casa de asigurari de sanatate;

g) sa recupereze de la furnizorii care deruleaza programe/subprograme nationale de sanatate curative sumele reprezentand contravaloarea serviciilor medicale/ medicamentelor/materialelor sanitare specifice/investigatiilor paraclinice, in situatia in care asiguratii nu au beneficiat de acestea, precum si sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice expirate;

h) sa trimita spre solutionare organelor abilitate situatiile in care constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizori, pentru a caror corectitudine furnizorii depun declaratii pe propria raspundere;

i) sa tina evidenta distincta pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale si altele asemenea acordate si decontate din bugetul Fondului pentru pacientii din statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, dupa caz, precum si din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, care beneficiaza de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale acordate pe teritoriul Romaniei;

j) sa deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale si altor asemenea acordate, dupa caz, posesorilor de card european de asigurari sociale de sanatate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spatiului Economic European/Confederatia Elvetiana, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise in temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European si al Consiliului, in perioada de valabilitate a acestora, precum si pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, in conditiile prevazute de respectivele documente internationale, urmand sa intocmeasca ulterior formularele specifice si sa le transmita spre decontare, prin intermediul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, institutiilor competente din statele ai caror asigurati sunt.

(2) Casele de asigurari de sanatate aflate in relatie contractuala cu furnizorii pentru finantarea programelor nationale de sanatate, pe langa obligatiile prevazute la alin. (1), au obligatia de a publica pe site-ul propriu, la termenul prevazut in normele tehnice, bugetul de venituri si cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele nationale de sanatate curative pe care le deruleaza, precum si executia inregistrata pe parcursul derularii acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se afla in relatie contractuala.

Art. 16. - (1) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, potrivit prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca farmacia nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii contractului pentru furnizarea de medicamente/materiale sanitare specifice in cadrul unor programe/subprograme nationale de sanatate curative;

b) daca din motive imputabile farmaciei aceasta isi intrerupe activitatea pentru o perioada mai

mare de 30 de zile calendaristice;

c) in cazul expirarii perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de catre organele in drept a autorizatiei de functionare;

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

e) daca farmacia evaluata inlocuieste medicamentele si/sau materialele sanitare specifice neeliberate din prescriptia medicala cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) la prima constatare dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 14 alin. (5); pentru societatile farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, odata cu prima constatare dupa aplicarea la nivelul societatii a masurilor prevazute la art. 14 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de catre fiecare farmacie din structura societatii farmaceutice/oficina locala de distributie din structura societatii farmaceutice; daca la nivelul societatii farmaceutice se aplica masurile prevazute la art. 14 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de catre aceeasi farmacie/oficina locala de distributie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului opereaza numai pentru farmacia/oficina locala de distributie la care se inregistreaza aceste situatii si se modifica corespunzator contractul;

g) in cazul nerespectarii termenelor de depunere a facturilor insotite de borderouri si prescriptii medicale privind eliberarea de medicamente si potrivit contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an;

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea masurilor prevazute la art. 14 alin. (6); pentru nerespectarea obligatiei prevazute la art. 10 lit. b) nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunostinta casei de asigurari de sanatate de catre aceasta printr-o declaratie scrisa;

i) in cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare specifice de a pune la dispozitia organelor de control ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate si ale caselor de asigurari de sanatate actele de evidenta financiar-contabila a medicamentelor si/sau materialelor sanitare specifice eliberate in cadrul programelor/subprogramelor de sanatate potrivit contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor nationale de sanatate, potrivit solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora;

j) la prima constatare in cazul nerespectarii obligatiei prevazute la art. 10 lit. x).

(2) Pentru societatile comerciale farmaceutice in cadrul carora functioneaza mai multe farmacii/oficine locale de distributie, conditiile de reziliere a contractelor prevazute la alin. (1) lit. f), g), h) si j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 10 lit. f), g), r), t), u) si x) - se aplica la nivel de societate; restul conditiilor de reziliere prevazute la alin. (1) se aplica corespunzator pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distributie la care se inregistreaza aceste situatii, prin excluderea lor din contract si modificarea contractului in mod corespunzator.

(3) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice in cadrul unor programe nationale de sanatate curative se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate, in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, potrivit prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii medicale paraclinice nu incepe activitatea in termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnarii 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. 11 lit. a)-c) și e)-n);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 11 lit. z), 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 contractul;

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 curativă;

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. 11 lit. y);

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. aa), ae) și ak);

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (8) și (9), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 14 alin. (10); 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 la art. 14 alin. (8) în cursul unui an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică în cursul unui an sancțiunile prevăzute la art. 14 alin. (8), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filială, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

(4) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă se

reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, potrivit prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de dializa nu incepe activitatea in termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii de dializa;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar sau expirarea deciziei de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate potrivit contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an; nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializa si este adusa la cunostinta casei de asigurari de sanatate de catre furnizor printr-o declaratie scrisa;

d) in cazul in care se constata ca serviciile raportate potrivit contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de servicii de dializa de a pune la dispozitia organelor de control ale casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate potrivit contractelor incheiate si documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializa in cadrul programului national de sanatate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele mentionate la art. 12 lit. o);

g) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 12 lit. a), b), h), p) si t);

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea in cursul unui an a sanctiunii prevazute la art. 14 alin. (11).

(5) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii de radioterapie se reziliaza de plin drept printr-o notificare scrisa a casei de asigurari de sanatate in termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobarii acestei masuri, potrivit prevederilor legale in vigoare, ca urmare a constatarii urmatoarelor situatii:

a) daca furnizorul de servicii de radioterapie nu incepe activitatea in termen de cel mult 15 zile calendaristice de la data semnarii contractului de furnizare de servicii de radioterapie;

b) expirarea perioadei de valabilitate a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar, expirarea deciziei de evaluare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizatiei de utilizare eliberate de Comisia Nationala pentru Controlul Activitatilor Nucleare potrivit prevederilor Legii nr. 111/1996, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor insotite de documentele justificative privind activitatile realizate potrivit contractului, in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate a serviciilor realizate, pentru o perioada de doua luni consecutive in cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni intr-un an; nu se reziliaza contractul in situatia in care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie si este adusa la cunostinta casei de asigurari de sanatate de catre furnizor printr-o declaratie scrisa;

d) in cazul in care se constata ca serviciile raportate potrivit contractului in vederea decontarii acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

e) refuzul furnizorului de servicii de radioterapie de a pune la dispozitia organelor de control ale casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate actele de evidenta financiar-contabila a serviciilor furnizate potrivit contractelor incheiate si documentele

justificative privind sumele decontate pentru serviciile de radioterapie in cadrul subprogramului national de sanatate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispozitia organelor de control ale casei de asigurari de sanatate/Casei Nationale de Asigurari de Sanatate documentele mentionate la art. 13 lit. o);

g) in cazul nerespectarii obligatiilor prevazute la art. 13 lit. a), b), h), p) si t);

h) odata cu prima constatare, dupa aplicarea in cursul unui an a sanctiunii prevazute la art. 14 alin. (19).

(6) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente, respectiv cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor nationale de sanatate curative se reziliaza de plin drept ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, incheiate intre aceleasi parti in conditiile Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Art. 17. - (1) Contractul de furnizare de medicamente/ materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice, servicii de dializa si servicii de radioterapie inceteaza de drept la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) furnizorul isi inceteaza activitatea in raza administrativ-teritoriala a casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala;

b) incetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiintare sau reprofilare a furnizorului, dupa caz;

c) incetarea definitiva a activitatii casei de asigurari de sanatate.

(2) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice/servicii de dializa si servicii de radioterapie inceteaza in urmatoarele situatii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de vointa al partilor;

c) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurari de sanatate, printr-o notificare scrisa, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreste incetarea contractului, cu indicarea motivului si a temeiului legal.

(3) Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor nationale de sanatate curative inceteaza in conditiile incetarii contractului de furnizare de medicamente cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice, incheiate intre aceleasi parti in conditiile Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate.

Art. 18. - (1) Contractul de furnizare de medicamente si/sau materiale sanitare specifice, servicii Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii de radioterapie, respectiv servicii de dializa care se acorda in cadrul unor programe/subprograme curative, incheiat de casa de asigurari de sanatate cu unitatile sanitare cu paturi, se suspenda printr-o notificare scrisa in urmatoarele situatii:

a) una sau mai multe sectii nu mai indeplinesc conditiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor inclusi in cadrul programelor/ subprogramelor de sanatate curative; suspendarea se face pana la indeplinirea conditiilor obligatorii pentru reluarea activitatii;

b) incetarea termenului de valabilitate, la nivelul sectiei/sectiilor care deruleaza programe/subprograme de sanatate curative, a autorizatiei sanitare de functionare sau a documentului similar; suspendarea se face pana la obtinerea noii autorizatii sanitare de functionare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurari de sanatate;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti, incheiat de acelasi furnizor cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative; suspendarea contractului pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative opereaza pe perioada suspendarii contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti.

(2) In cazul reorganizarii unitatilor sanitare cu paturi, prin desfiintarea lor si infiintarea concomitenta a unor noi unitati sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridica, contractele pentru finantarea de medicamente si/sau materiale sanitare specifice care se acorda in cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului national curativ, incheiate cu casele de asigurari de sanatate si aflate in derulare, se preiau de drept de catre noile unitati sanitare infiintate, corespunzator drepturilor si obligatiilor aferente noilor structuri.

Art. 19. - Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice - farmacii cu circuit deschis se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice incheiat de acelasi furnizor cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative; suspendarea contractului de furnizare de medicamente/ materiale sanitare specifice in cadrul programelor nationale de sanatate curative opereaza pe perioada suspendarii contractului de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice incheiat cu casa de asigurari de sanatate;

b) nerespectarea obligatiei prevazute la art. 10 lit. z), in conditiile in care furnizorul de medicamente/materiale sanitare specifice face dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei si dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare;

c) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurari de sanatate.

Art. 20. - Contractul incheiat de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspenda la data la care a intervenit una dintre urmatoarele situatii:

a) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, incheiat de acelasi furnizor cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative; suspendarea opereaza pe perioada suspendarii contractului de furnizare de servicii medicale, incheiat cu casa de asigurari de sanatate, altul decat cel incheiat pentru finantarea programelor nationale de sanatate curative;

b) nerespectarea obligatiei prevazute la art. 11 lit. af), in conditiile in care furnizorul de servicii

medicale paraclinice face dovada demersurilor intreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical, precum si a dovezii asigurarii de raspundere civila in domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor; suspendarea opereaza pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare;

c) in cazurile de forta majora confirmate de autoritatile publice competente, pana la incetarea cazului de forta majora, dar nu mai mult de 6 luni, sau pana la data ajungerii la termen a contractului;

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe baza de documente justificative prezentate casei de asigurari de sanatate.

Art. 21. - (1) Modelele de contracte pentru derularea programelor nationale de sanatate sunt prevazute in normele tehnice.

(2) Utilizarea acestor modele de contracte este obligatorie; in cuprinsul contractelor pot fi prevazute clauze suplimentare, negociate intre partile contractante, potrivit si in limita prevederilor legale in vigoare.

(3) Casele de asigurari de sanatate comunica termenele de depunere a cererilor insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente si materiale sanitare specifice pentru derularea programelor/subprogramelor din cadrul programelor nationale de sanatate curative, inclusiv termenul-limita de incheiere a contractelor, prin afisare la sediile institutiilor, publicare pe paginile web ale acestora si anunt in mass-media, cu minimum 5 zile lucratoare inainte de inceperea perioadei de depunere/transmitere a documentelor de mai sus, respectiv cu minimum 5 zile lucratoare inainte de inceperea perioadei in care se incheie contractele in vederea respectarii termenului-limita de incheiere a acestora.

(4) In cazul in care furnizorii de servicii medicale, medicamente si materiale sanitare specifice depun cererile insotite de documentele prevazute de actele normative in vigoare, necesare incheierii si negocierii contractelor, la alte termene decat cele stabilite si comunicate de catre casele de asigurari de sanatate si nu participa la negocierea si incheierea contractelor in termenele stabilite de catre acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfasura activitatea respectiva in sistemul de asigurari sociale de sanatate pana la termenul urmat de contractare, cu exceptia situatiilor ce constituie cazuri de forta majora, confirmate de autoritatea publica competenta, potrivit legii, si notificate de indata casei de asigurari de sanatate.

(5) Casele de asigurari de sanatate pot stabili si alte termene de contractare, in functie de necesarul de servicii medicale, medicamente si materiale sanitare specifice, in limita fondurilor aprobate pentru fiecare program/subprogram national de sanatate curativ.

(6) Toate documentele prezentate in copie care stau la baza incheierii contractelor pentru derularea programelor nationale de sanatate sunt certificate pentru conformitate cu originalul prin semnatura reprezentantului legal al unitatii de specialitate, pe fiecare pagina.

(7) Directiile de sanatate publica sau, dupa caz, institutiile publice din subordinea Ministerului Sanatatii deconteaza unitatilor de specialitate cu care sunt in relatie contractuala pentru derularea programelor nationale de sanatate publica contravaloarea bunurilor si serviciilor acordate in cadrul programelor nationale de sanatate publica, precum si a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfasoara activitati in cadrul acestora si care fac obiectul contractului incheiat, pe baza de documente justificative si in conditiile prevazute in normele tehnice.

(8) Casele de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale cu care sunt in

relatie contractuala pentru derularea programelor nationale de sanatate curative contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale si altora asemenea potrivit contractului incheiat, pe baza de documente justificative si in conditiile prevazute in normele tehnice.

(9) Toate documentele necesare decontarii se certifica pentru exactitatea si realitatea datelor raportate, prin semnatura reprezentantilor legali ai unitatilor de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate.

(10) Decontarea pentru activitatea curenta a anilor 2015-2016 se efectueaza in limita sumelor disponibile aprobate cu aceasta destinatie, in ordine cronologica, dupa cum urmeaza:

a) pana la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor pentru decontarea activitatilor din cadrul programelor nationale de sanatate contractate de catre directiile de sanatate publica, institutiile publice sau Ministerul Sanatatii, dupa caz;

b) pana la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate si acordarii vizei de „bun de plata“, cu exceptia serviciilor de dializa si a celor de radioterapie pentru care decontarea se face in termen de 30 de zile de la data depunerii facturilor in vederea decontarii de catre casele de asigurari de sanatate si acordarii vizei de „bun de plata“;

c) in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de catre directiile de sanatate publica sau, dupa caz, institutiile publice din subordinea Ministerului Sanatatii, in vederea decontarii sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfasoara activitati in cadrul programelor nationale de sanatate.

Art. 22. - (1) Sumele alocate pentru programele nationale de sanatate se cuprind in bugetele de venituri si cheltuieli ale unitatilor sanitare publice, respectiv in veniturile furnizorilor privati de servicii medicale prin care acestea se deruleaza si se utilizeaza potrivit destinatiilor stabilite.

(2) Unitatile si institutiile sanitare publice care deruleaza programe/subprograme nationale de sanatate au obligatia gestionarii eficiente a mijloacelor materiale si banesti si a organizarii evidentei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificatiei bugetare, precum si a organizarii evidentei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/ subprogramului.

(3) Furnizorii privati de servicii medicale care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia gestionarii eficiente a mijloacelor materiale si banesti si a organizarii evidentei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program/subprogram national de sanatate, precum si a organizarii evidentei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/ subprogramului.

(4) Unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia sa raporteze si sa inregistreze activitatea realizata in registrele nationale ale bolnavilor cu afectiuni cronice incluse in cadrul acestora, in formatul si in conditiile prevazute de actele normative in vigoare.

Art. 23. - (1) Ministerul Sanatatii, in calitatea sa de unitate de achizitii publice centralizata, desemnata in conditiile legii, efectueaza, la nivel national, achizitii centralizate de medicamente, materiale sanitare specifice si altele asemenea, pentru implementarea programelor nationale de sanatate nominalizate prin normele tehnice.

(2) Ca urmare a achizitiilor centralizate prevazute la alin. (1), unitatea de achizitii publice centralizata incheie acorduri-cadru in numele si pentru unitatile sanitare publice din reseaua Ministerului Sanatatii si reseaua autoritatilor administratiei publice locale, precum si pentru

unitatile sanitare publice cu paturi din subordinea ministerelor si institutiilor cu retele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(3) In baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achizitii publice centralizata, unitatile sanitare publice incheie si deruleaza contracte subsecvente, cu avizul Ministerului Sanatatii.

(4) Pana la finalizarea achizitiilor centralizate la nivel national prin semnarea contractelor subsecvente cu ofertantii desemnati castigatori, medicamentele, materialele sanitare specifice si altele asemenea, care se acorda bolnavilor inclusi in programele nationale de sanatate, se achizitioneaza de unitatile sanitare cu paturi prin care se deruleaza programul, cu respectarea legislatiei in domeniul achizitiei publice, la pretul de achizitie, care, in cazul medicamentelor, nu poate depasi pretul de decontare aprobat in conditiile legii.

(5) Achizitionarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice si altora asemenea, necesare pentru derularea programelor nationale de sanatate carora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (1), se realizeaza de unitatile sanitare cu paturi prin care se deruleaza programul, cu respectarea legislatiei in domeniul achizitiei publice, la pretul de achizitie, care, in cazul medicamentelor, nu poate depasi pretul de decontare aprobat in conditiile legii.

Art. 24. - (1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale si altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, care se acorda bolnavilor cuprinsi in cadrul programelor nationale de sanatate curative, se suporta la nivelul pretului de decontare. Prescrierea medicamentelor in ambulatoriu se face utilizandu-se DCI, iar in cazuri justificate medical in fisa medicala a pacientului, precum si in cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comerciala, cu mentionarea in prescriptie si a DCI corespunzatoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a preturilor de decontare a medicamentelor si a metodologiei de calcul al acestora, care se acorda bolnavilor cuprinsi in cadrul programelor nationale de sanatate, corespunzatoare DCI cuprinse in sectiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotararea Guvernului nr. 720/2008, cu modificarile si completarile ulterioare, se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(3) Pentru medicamentele autorizate, care au primit pret si au fost listate in Catalogul National al Preturilor la Medicamentele de Uz Uman Autorizate de Punere pe Piata (CANAMED), detinatorul de autorizatie de punere pe piata este obligat sa asigure medicamentul pe piata in cantitati suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacientilor, de la data avizarii pretului.

(4) In situatia in care se constata ca detinatorul autorizatiei de punere pe piata nu a asigurat prezenta medicamentelor pe piata, potrivit prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevazuta la alin. (2), in termen de maximum 30 de zile de la data comunicarii constatarii lipsei medicamentelor de pe piata, de catre institutiile abilitate, precum si la sesizarea Agentiei Nationale a Medicamentului si a Dispozitivelor Medicale.

(5) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinsi in cadrul programelor nationale de sanatate curative, farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate au obligatia de a elibera medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale si altele asemenea la nivelul pretului de decontare prevazut la alin. (1), fara a incasa contributie personala pentru acest pret de la asigurati.

(6) In cazul in care pretul cu amanuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutica al medicamentului prescris este mai mare decat pretul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pot incasa de la asigurati, numai cu acordul si la solicitarea acestora, diferenta de pret rezultata dintre pretul medicamentului prescris

si pretul de decontare al acestuia. In acest sens farmacia trebuie sa obtina acordul informat si scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescriptiei.

(7) Pentru medicamentele utilizate in cadrul programelor nationale de sanatate care se importa cu avizul Ministerului Sanatatii, pretul de decontare se stabileste in conditiile legii.

(8) Medicamentele care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum si pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor care au efectuat transplant si pentru tratamentul ambulatoriu al pacientilor cu unele boli rare, aprobate prin normele tehnice, se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(9) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacientii cu transplant hepatic se asigura prin farmaciile cu circuit inchis apartinand unitatilor sanitare prin care se deruleaza programul.

(10) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afectiuni oncologice inclusi in Programul national de oncologie se elibereaza dupa cum urmeaza:

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pentru formele farmaceutice cu administrare orala, precum si pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanata/intramusculara corespunzatoare DCI-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum si Fulvestrantum si medicamentele de tip imunomodulator care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A si Interferonum alfa 2B, Bortezomibum, Trastuzumabum;

b) prin farmaciile cu circuit inchis din structura unitatilor sanitare aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, pentru celelalte forme farmaceutice cu administrare parenterala. In vederea decontarii contravalorii medicamentelor specifice acordate in cadrul programului, prescriptiile se depun la casele de asigurari de sanatate impreuna cu borderoul centralizator si cu documentele justificative prevazute in normele tehnice.

(11) Medicamentele care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, cuprinsi in unele programe nationale de sanatate, se elibereaza prin farmaciile cu circuit inchis apartinand unitatilor sanitare prin care se deruleaza aceste programe, pe baza de prescriptie medicala/condica medicala. In vederea decontarii contravalorii medicamentelor specifice acordate in cadrul programelor, aceste prescriptii/file de condica se depun la casele de asigurari de sanatate, impreuna cu borderoul centralizator si rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit inchis.

(12) Medicamentele specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afectiuni endocrine care corespund DCI-ului Teriparatidum se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(13) Medicamentele care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA si tuberculoza se elibereaza prin farmaciile cu circuit inchis apartinand unitatilor sanitare prin care se deruleaza aceste programe, pe baza de prescriptie medicala/condica medicala. In vederea justificarii consumurilor de medicamente specifice acordate in cadrul programelor, aceste prescriptii/file de condica se depun la directiile de sanatate publica sau, dupa caz, la unitatile de asistenta tehnica si management, impreuna cu borderoul centralizator si rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit inchis.

Art. 25. - (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratati se elibereaza prin farmaciile cu circuit deschis aflate in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate.

(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratati se asigura in baza contractelor de furnizare de medicamente si a unor materiale sanitare specifice care se acorda pentru tratamentul in ambulatoriu al bolnavilor inclusi in unele programe nationale de sanatate curative, in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, incheiate de casele de asigurari de sanatate cu furnizorii de medicamente.

(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate sa elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratat la pretul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sanatatii, in conditiile legii.

(4) Conditiiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratat se stabilesc prin normele tehnice.

Art. 26. - (1) Prescriptia medicala electronica este un formular utilizat in sistemul de asigurari sociale de sanatate pentru prescrierea in tratamentul ambulatoriu a medicamentelor cu si fara contributie personala, precum si a medicamentelor/ materialelor sanitare specifice ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate curative; modelul prescriptiei medicale electronice si normele metodologice privind utilizarea si modul de completare al acesteia se aproba prin ordin al ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

(2) Modalitatile de prescriere, eliberare si decontare a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate, utilizand prescrierea electronica, se stabilesc prin normele tehnice. Prescrierea electronica a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate curative se face on-line si numai in situatii justificate prescrierea se face off-line.

(3) Toti furnizorii de servicii medicale si medicamente/ materiale sanitare specifice, aflati in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate, sunt obligati sa utilizeze prescriptia medicala electronica pentru medicamente/materiale sanitare specifice ce se asigura bolnavilor cuprinsi in programele nationale de sanatate curative, in tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale in vigoare.

(4) Asumarea prescriptiei electronice de catre medicii prescriptori se face prin semnatura electronica extinsa potrivit dispozitiilor Legii nr. 455/2001, republicata. In situatia in care medicii prescriptori nu detin semnatura electronica, prescriptia medicala se va lista pe suport hartie si va fi completata si semnata de medicul prescriptor in conditiile prevazute in normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate, pentru anii 2015 si 2016.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflati in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate pentru derularea programelor nationale de asigurari de sanatate curative au obligatia sa introduca in sistemul informatic toate prescriptiile medicale electronice prescrise off-line in termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

(6) In cazul in care in derularea contractului se constata nerespectarea obligatiei de la alin. (5), se aplica urmatoarele sanctiuni:

a) la prima constatare se diminueaza cu 10% valoarea corespunzatoare lunii in care s-a produs aceasta situatie;

b) la a doua constatare se diminueaza cu 20% valoarea corespunzatoare lunii in care s-a produs aceasta situatie.

(7) Nerespectarea obligatiei de la alin. (5) se constata de catre casele de asigurari de sanatate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat in relatie contractuala cu casa de asigurari

de sanatate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescriptiile medicale electronice off-line si pentru prescriptiile medicale cu regim special unic pe tara pentru prescrierea substantelor si preparatelor stupefiante si psihotrope.

(8) Retinerea sumei prevazute la alin. (6) se face din prima plata care urmeaza a fi efectuata, pentru furnizorii care sunt in relatie contractuala cu casele de asigurari de sanatate, si se utilizeaza potrivit prevederilor legale in vigoare cu aceeasi destinatie. In situatia in care suma prevazuta la alin. (6) depaseste prima plata, recuperarea sumelor se realizeaza prin plata directa sau executare silita, in conditiile legii.

(9) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (6) se face prin plata directa sau executare silita pentru furnizorii care nu mai sunt in relatie contractuala cu casa de asigurari de sanatate pentru derularea programelor nationale de sanatate curative in tratamentul ambulatoriu.

(10) Pentru cazurile prevazute la alin. (6), casele de asigurari de sanatate tin evidenta distinct pe fiecare program/subprogram national de sanatate curativ si pe fiecare medic prescriptor.

Art. 27. - (1) Pentru realizarea atributiilor si activitatilor prevazute in cadrul programelor nationale de sanatate, unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate pot aplica prevederile art. 49 alin. (3)-(6) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

(2) Activitatile pentru care se utilizeaza personalul prevazut la alin. (1) sunt prevazute in normele tehnice.

Art. 28. - (1) Asigurarea asistentei tehnice si managementului programelor nationale de sanatate publica se realizeaza prin unitati de asistenta tehnica si management al programelor nationale organizate ca structuri fara personalitate juridica din cadrul institutiilor publice din subordinea Ministerului Sanatatii.

(2) Unitatile de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate se pot infiinta la nivel national sau regional, dupa caz.

(3) In cadrul unei institutii publice din subordinea Ministerului Sanatatii se infiinteaza o singura unitate de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate care poate asigura asistenta tehnica si management pentru unul sau mai multe programe nationale de sanatate publica, dupa caz.

(4) Desemnarea institutiilor publice din subordinea Ministerului Sanatatii in cadrul carora se organizeaza unitatile de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate, structura organizatorica, atributiile acestora, precum si orice alte conditii necesare functionarii lor se aproba in conditiile art. 53 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

(5) Cheltuielile privind organizarea si functionarea unitatilor de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate sunt incluse in sumele alocate programelor nationale de sanatate publica.

(6) Pentru realizarea atributiilor de asistenta tehnica si management al programelor nationale de sanatate, institutiile publice prevazute la alin. (1) pot aplica prevederile art. 53 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 29. - (1) Ministerul Sanatatii poate incheia contracte cu unitatile aflate sub autoritatea sa, in conditiile prevazute de legislatia din domeniul achizitiilor publice.

(2) Contractele prevazute la alin. (1), incheiate intre Ministerul Sanatatii si unitatile aflate sub autoritatea sa, precum si contractele incheiate pentru bunurile si serviciile necesare implementarii unor programe nationale de sanatate publica pentru care Ministerul Sanatatii organizeaza licitatii la nivel national sunt atribuite de compartimentul intern specializat in domeniul achizitiilor

publice. Monitorizarea si derularea contractelor se realizeaza de catre structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sanatatii, in conditiile prevazute in normele tehnice.

Art. 30. - (1) Realizarea vaccinarii copiilor din grupele eligibile, stabilite potrivit calendarului national de vaccinare, precum si realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sanatatii sau directiile de sanatate publica drept masuri de sanatate publica sau in situatii epidemiologice cu risc crescut de imbolnavire sunt obligatorii pentru toti medicii de familie.

(2) Pentru realizarea activitatilor prevazute la alin. (1), precum si a celor din cadrul Programului national de sanatate a femeii si copilului finantate de la bugetul de stat si/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sanatatii, pentru care se efectueaza achizitii centralizate la nivel national, furnizorii de servicii medicale care implementeaza programe nationale de sanatate publica pot primi produsele achizitionate in baza contractelor incheiate cu directiile de sanatate publica, in conditiile prevazute prin normele tehnice.

Art. 31. - La implementarea programelor nationale de sanatate finantate din bugetul Ministerului Sanatatii sunt admise pierderi sau scaderi cantitative de medicamente, vaccinuri, reactivi si altele asemenea, in limitele maxime de perisabilitate potrivit prevederilor normelor tehnice.

Art. 32. - Cheltuielile angajate, lichidate si ordonantate in cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele nationale de sanatate in anul precedent si neplatite pana la sfarsitul acestuia se vor plati in anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele nationale de sanatate pentru anul in curs.

Art. 33. - In vederea derularii in bune conditii a programelor nationale de sanatate, in urma evaluarilor trimestriale ale indicatorilor specifici si in functie de realizarea obiectivelor si activitatilor propuse se stabileste modul de alocare a resurselor ramase neutilizate.

Art. 34. - In cadrul programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica, modalitatea de plata a serviciilor de dializa efectuate in baza contractelor incheiate cu casele de asigurari de sanatate este, dupa caz, tarif pe sedinta de hemodializa conventionala, tarif pe sedinta de hemodiafiltrare intermitenta on-line, tarif/pacient cu dializa peritoneala continua/an si tarif/pacient cu dializa peritoneala automata/an, tarife care sunt prevazute in normele tehnice.

Art. 35. - In cadrul subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice, modalitatea de plata a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie, tarif care este prevazut in normele tehnice.

Art. 36. - (1) Pentru tehnica de calcul si programele informatice achizitionate in vederea derularii Programului national privind evaluarea starii de sanatate a populatiei in asistenta medicala primara, a caror stare tehnica permite exploatarea lor in continuare, se incheie noi contracte de comodat intre directiile de sanatate publica si cabinetele de medicina de familie.

(2) Tehnica de calcul si programele informatice atribuite in folosinta gratuita cabinetelor de medicina de familie in conditiile prevazute la alin. (1) se utilizeaza pentru monitorizarea persoanelor incluse in programele nationale de sanatate, precum si pentru derularea unor programe nationale de sanatate la nivelul cabinetelor de medicina de familie.

(3) Pentru bunurile prevazute la alin. (1) a caror durata normala de utilizare este indeplinita, iar starea tehnica nu mai permite exploatarea lor in continuare, se initiaza procedurile de clasare si declarare potrivit prevederilor legale in vigoare.

Art. 37. - Unitatile de specialitate care deruleaza programe nationale de sanatate au obligatia sa respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificarile si completarile ulterioare, precum si

prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal si protectia vietii private in sectorul comunicatiilor electronice, cu modificarile si completarile ulterioare.

Art. 38. - (1) Prezenta hotarare intra in vigoare la data de 1 aprilie 2015, cu exceptia prevederilor referitoare la:

a) Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice din cadrul Programului national de oncologie, care intra in vigoare la data de 1 mai 2015;

b) incheierea contractelor de furnizare de servicii de dializa de catre furnizorii privati de dializa cu casele de asigurari de sanatate in cadrul Programului national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica, ce intra in vigoare la data de 1 mai 2015.

(2) Pana la data de 30 aprilie 2015, pentru situatia prevazuta la alin. (1) lit. b), furnizarea de servicii de dializa de catre furnizorii privati se face prin acte aditionale la contractele incheiate de acestia cu Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, cu prelungirea aplicabilitatii prevederilor corespunzatoare din Hotararea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor nationale de sanatate pentru anii 2013 si 2014, cu modificarile si completarile ulterioare.

**PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA**

Contrasemneaza:
p. Ministrul finantelor
publice, interimar,
Enache Jiru,
secretar de stat
p. Ministrul sanatatii,
Alin Iulian Tucmeanu,
secretar de stat
Ministrul pentru
societatea informationala,
Sorin Mihai Grindeanu

Bucuresti, 25 martie 2015.
Nr. 206.

ANEXA

**STRUCTURA
programelor nationale de sanatate si obiectivele
acestora pentru anii 2015 si 2016**

**A. Programe nationale de sanatate publica finantate din bugetul Ministerului Sanatatii
STRUCTURA:**

- I. Programele nationale de boli transmisibile**
 - 1. Programul national de vaccinare**

Obiectiv:

Protejarea sanatatii populatiei impotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea:

- a) populatiei la varstele prevazute in calendarul national de vaccinare;
- b) grupelor populationale la risc.

2. Programul national de supraveghere si control al bolilor transmisibile prioritare

Obiectiv:

Depistarea precoce si asigurarea diagnosticului etiologic al bolilor transmisibile in vederea implementarii masurilor de limitare a raspandirii acestora.

3. Programul national de prevenire, supraveghere si control al infectiei HIV

Obiective:

a) reducerea raspandirii infectiei HIV prin depistarea precoce a persoanelor infectate in randul celor cu comportament la risc pentru infectia HIV, precum si prin depistarea precoce a persoanelor infectate HIV simptomatice;

b) reducerea morbiditatii asociate cu infectia HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infectie HIV/SIDA.

4. Programul national de prevenire, supraveghere si control al tuberculozei

a) reducerea prevalentei si a mortalitatii TB;

b) mentinerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonara pozitiva la microscopie;

c) tratamentul bolnavilor cu tuberculoza;

d) mentinerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonara.

5. Programul national de supraveghere si control al infectiilor nosocomiale si monitorizare a utilizarii antibioticelor si a antibioticorezistentei

Obiectiv:

Cresterea calitatii serviciilor medicale in unitatile sanitare cu paturi prin reducerea riscului de a dezvolta o infectie nosocomiala.

II. Programul national de monitorizare a factorilor determinanti din mediul de viata si munca

Obiectiv: Protejarea sanatatii publice prin prevenirea imbolnavirilor asociate factorilor de risc determinanti din mediul de viata si munca.

III. Programul national de securitate transfuzionala

Obiectiv:

Asigurarea cu sange si componente sanguine, in conditii de maxima siguranta si cost-eficienta.

IV. Programele nationale de boli netransmisibile

1. Programul national de depistare precoce activa a cancerului prin screening organizat

Obiective:

Reducerea poverii cancerului in populatie prin depistarea in faze incipiente de boala prin interventii de screening organizat.

Structura:

1. Subprogramul de depistare precoce activa a cancerului de col uterin prin efectuarea testarii Babes-Papanicolau la populatia feminina eligibila in regim de screening;

2. Subprogramul de depistare precoce activa a cancerului colorectal¹⁾;

3. Subprogramul de depistare precoce activa a cancerului de san¹⁾.

NOTA:

¹⁾ Subprogramele prevazute la pct. 2 si 3 vor fi implementate ca proiecte-pilot in conformitate cu Planul multianual privind activitatile de prevenire/depistare precoce a cancerului, parte integranta a Planului national integrat de control al cancerului.

2. Programul national de sanatate mintala si profilaxie in patologia psihiatrica

Obiective:

- a) prevenirea depresiei si a suicidului;
- b) promovarea sanatatii mintale la locurile de munca;
- c) asigurarea accesului la programe de sanatate mintala specifice pentru copii si adolescenti;
- d) cresterea sistemului de a aborda problematica consumului de alcool prin elaborarea si implementarea de interventii specifice.

3. Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana

Obiective:

- a) cresterea numarului de donatori vii, de donatori aflati in moarte cerebrala, precum si de donatori fara activitate cardiaca;
- b) coordonarea activitatilor de transplant;
- c) asigurarea testarii imunologice si virusologice a potentialilor donatori, precum si a receptorilor;
- d) asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate in insuficienta cronica ireversibila si/sau inlocuirea tesuturilor nefunctionale prin transplant de organe, tesuturi si/sau celule;
- e) evaluarea periodica a pacientilor transplantati si a donatorilor vii;
- f) crearea si gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul Romaniei privind persoanele fizice care si-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
- g) tratamentul infertilitatii cuplului.

Structura:

1. Subprogramul de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana;
2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice periferice si centrale;
3. Subprogramul de fertilizare in vitro si embriotransfer.
4. Programul national de boli endocrine

Obiectiv:

Imbunatatirea depistarii afectiunilor endocrine cu impact major asupra starii de sanatate a populatiei, in scopul reducerii morbiditatii prin gusa, datorata carentei de iod si complicatiilor sale.

5. Programul national de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul dietetic al bolnavilor cu boli rare prevazute in normele tehnice.

6. Programul national de management al registrelor nationale

Obiectiv:

Dezvoltarea, implementarea si managementul registrelor nationale ale bolnavilor cronici.

V. Programul national de evaluare si promovare a sanatatii si educatie pentru sanatate

Obiectiv:

Imbunatatirea starii de sanatate a populatiei prin promovarea unui stil de viata sanatos si combaterea principalilor factori de risc:

Structura:

1. Subprogramul de evaluare si promovare a sanatatii si educatie pentru sanatate;
2. Subprogramul de prevenire si combatere a consumului de tutun.

VI. Programul national de sanatate a femeii si copilului

Obiective:

- a) ameliorarea starii de nutritie a mamei si copilului;
- b) imbunatatirea starii de sanatate a copilului;

- c) imbunatatirea starii de sanatate a femeii;
- d) reducerea riscului de mortalitate infantila si materna.

Structura:

1. Subprogramul pentru ameliorarea starii de nutritie a mamei si copilului;
2. Subprogramul de sanatate a copilului;
3. Subprogramul de sanatate a femeii.

B. Programe nationale de sanatate curative finantate din bugetul Fondului National Unic de Asigurari Sociale de Sanatate

STRUCTURA:

Programul national de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afectiuni cardiovasculare prin:

- a) proceduri de cardiologie interventionala;
- b) proceduri de chirurgie cardiovasculara;
- c) proceduri de chirurgie vasculara;
- d) proceduri cardiologie interventionala ale malformatiilor cardiace la copil.

Programul national de oncologie

Obiective:

- a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice;
- b) monitorizarea evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice;
- c) reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare;
- d) diagnosticul leucemiilor acute;
- e) radioterapia bolnavilor cu afectiuni oncologice.

Structura:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afectiuni oncologice
2. Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin

PET-CT

3. Subprogramul de reconstructie mamara dupa afectiuni oncologice prin endoprotezare
4. Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic si biomolecular al leucemiilor acute
5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afectiuni oncologice

Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)

Obiectiv:

Tratamentul surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)

Programul national de diabet zaharat

Obiective:

- a) preventia secundara a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];
- b) asigurarea tratamentului medicamentos al pacientilor cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor specifice (pompe de insulina si materiale consumabile pentru acestea);
- c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulino-tratati.

Programul national de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroza multipla

Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie si talasemie

Programul national de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevazute in normele tehnice

Programul national de sanatate mintala

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodependenta, precum si testarea metabolitilor stupefiantelor la acestia

Programul national de boli endocrine

Obiectiv:

Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoza, gusa datorata carentei de iod si proliferari maligne

Programul national de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

- a) bolnavilor cu afectiuni articulare prin endoprotezare;
- b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauza tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;
- c) bolnavilor cu diformitati de coloana vertebrala prin implant segmentar de coloana;
- d) bolnavilor cu patologie tumorală, degenerativa sau traumatica prin chirurgie spinala;
- e) tratamentul instabilitatilor articulare cronice prin implanturi de fixare.

Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana

Obiective:

- a) tratamentul starii posttransplant in ambulatoriu a pacientilor cu transplant;
- b) tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacientii cu transplant hepatic.

Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica

Obiectiv:

Asigurarea serviciilor de supleere renala, inclusiv medicamente si materiale sanitare specifice, investigatii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacientilor hemodializati prin hemodializa conventionala sau hemodiafiltrare intermitenta on-line de la si la domiciliul pacientilor, transportul lunar al medicamentelor si materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacientilor

Programul national de terapie intensiva a insuficientei hepatice

Obiectiv:

Tratamentul pacientilor cu insuficienta hepatica prin epurare extrahepatica

Programul national de diagnostic si tratament cu ajutorul aparaturii de inalta performanta

Obiective:

- a) asigurarea investigatiilor diagnostice si a tratamentului unor afectiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de inalta performanta;
- b) tratamentul bolnavilor cu maladia Parkinson prin implantarea dispozitivelor de stimulare profunda;
- c) tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistenta la tratament medicamentos prin proceduri microchirurgicale sau prin implantarea unui stimulator al nervului vag;
- d) tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitala sau dobandita, prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;
- e) tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular;

f) tratamentul de stimulare profunda cerebrala la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxina botulinica.

Structura:

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