

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1	
Titlul proiectului de act normativ Hotărâre a Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016	
Secțiunea a 2-a Motivul emiterii actului normativ:	
1. Descrierea situației actuale	<p>În prezent, derularea programelor naționale de sănătate se realizează în conformitate cu prevederile:</p> <ul style="list-style-type: none">- titlului II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;- Hotărârii Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare;- Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publice pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 422/2013, cu modificările și completările ulterioare;- Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013, cu modificările și completările ulterioare. <p>Aceste acte normative asigură cadrul legal al derulării programelor naționale de sănătate până la data de 31 martie 2015.</p> <p>Începând cu data de 1 aprilie 2015 încetează aplicabilitatea prevederilor HG nr. 124/2013 și a normelor tehnice subsecvente astfel încât, conform prevederilor art. 48 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, este necesară elaborarea și aprobarea unui proiect de hotărâre a Guvernului care să reglementeze structura programelor naționale de sănătate, obiectivele acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare implementării și derulării acestora pentru perioada 2015 și 2016.</p>
2. Schimbări preconizate	<p>Asigurarea cadrului legislativ pentru derularea programelor naționale de sănătate în perioada 2015 și 2016. În acest sens, în principal, se are în vedere continuarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate aflate în derulare în condițiile asigurării sustenabilității financiare.</p> <p>În acord cu direcțiile de acțiune prevăzute în aria strategică de intervenție1 „Sănătate publică” din cadrul anexei la HG</p>

nr. 1028/2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naționale începând cu data de 1 aprilie 2015, Ministerul Sănătății își asumă derularea și finanțarea din bugetul propriu al unui număr de 15 programe naționale de sănătate publică cu impact major asupra sănătății publice, după cum urmează:

- 1) Programul național de imunizare;
- 2) Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare;
- 3) Programul național de prevenire, supraveghere și control ale infecției HIV;
- 4) Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei;
- 5) Programul național de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale și monitorizare a utilizării antibioticelor și a antibioticorezistenței;
- 6) Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă;
- 7) Programul național de securitate transfuzională;
- 8) Programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screenig organizat;
- 9) Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică;
- 10) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;
- 11) Programul național de boli endocrine;
- 12) Programul național de tratament dietetic pentru boli rare;
- 13) Programul național de management al registrelor naționale;
- 14) Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
- 15) Programul național de sănătate a femeii și copilului.

De asemenea, Casa Națională de Asigurări de Sănătate își asumă responsabilitatea derulării și finanțării unui număr de 14 programe naționale de sănătate curative, după cum urmează:

- 1) Programul național de boli cardiovasculare;
- 2) Programul național de oncologie;
- 3) Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)
- 4) Programul național de diabet zaharat;
- 5) Programul național de tratament al bolilor neurologice;
- 6) Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei;
- 7) Programul național de tratament pentru boli rare;
- 8) Programul național de sănătate mintală;
- 9) Programul național de boli endocrine;

- 10) Programul național de ortopedie;
- 11) Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine uman;
- 12) Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;
- 13) Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice;
- 14) Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță.

Elementele de noutate în implementarea programelor naționale de sănătate în perioada 2015 și 2016 sunt reprezentate de:

- inițierea derulării unui subprogram de radioterapie, parte integrantă a Programului național de oncologie. Acest demers constituie un prim pas în încurajarea abordării intergate a patologiei oncologice, patologie complexă a cărei diagnostic și tratament necesită asigurarea accesului la servicii integrate centrate pe pacient. Subprogramul va beneficia de alocarea unui buget distinct, fapt ce va permite o mai mare predictibilitate și adaptare la nevoile reale ale pacientului oncologic;
- includerea în cadrul Programului național de ortopedie unui obiectiv nou destinat tratamentului instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare;
- includerea în cadrul Programului național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță unui obiectiv nou destinat tratamentului de stimulare cerebrală profundă la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxină botulinică;
- inițierea derulării unui subprogram de fertilizare in vitro și embriotransfer în cadrul Programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană. Acest subprogram este destinat cuplurile afectate de disfuncții ale sistemului reproductiv și care au nevoie de tratamente pentru a avea copii;
- inițierea unor subprograme pilot destinate depistării precoce active a cancerului colo-rectal și cancerului de sân. Rezultatele obținute vor fi valorificate pentru dezvoltarea capacității tehnice și organizatorice în domeniul depistării precoce a cancerelor la sân și colo-rectal anterior extinderii activităților de screening pe plan național sau subnațional în perioada 2017-2020.
- asigurarea vaccinării cuprinse în calendarul național de vaccinare, precum și a vaccinării la grupele la risc exclusiv de către medicii de familie. Această decizie este justificată de faptul că justificată prin faptul că vaccinarea prin campanie școlară prezintă

	<p>numeroase dezavantaje legate de lipsa cabinetelor de medicină școlară, dificultățile în urmărirea antecedentelor vaccinale ale copiilor, existența unor copii neșcolarizați, existența în cadrul aceleiași clase a copiilor cu ani de naștere diferiți, repetenți, veniți prin transfer din alte unități de învățământ, complianța redusă la vaccinare a părinților copiilor înscriși la un medic de familie, altul decât cel care realizează vaccinarea în campanie, dificultăți în recuperarea restanțierilor, dificultăți în supravegherea și raportarea de medicul vaccinator a cazurilor de reacție inddezirabilă, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - armonizarea prevederilor legislative privind obligațiile furnizorilor de servicii medicale spitalicești, servicii medicale paraclinice, servicii de dializă, precum și a furnizorilor medicamente / materiale sanitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu cele reglementate prin dispozițiile proiectului Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în perioada 2015 și 2016; - reglementarea sancțiunilor aplicate pentru nerespectarea de către furnizorii anterior enumerați a obligațiilor asumate prin contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate, precum și clarificarea condițiilor privind încetarea / suspendarea acestor contracte.
--	---

Secțiunea a 3-a
Impactul socioeconomic al proiectului de act
normativ

1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul
11. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat	Nu este cazul
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Nu este cazul
3. Impactul social	<p>Programele naționale de sănătate se adresează unor probleme sănătate publică deosebit de importante din mai multe considerente, între care enumerăm:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) potențialul de transmisibilitate al patologiei (tuberculoză, HIV/SIDA); b) numărul mare de persoane afectate (tuberculoză, cancer, diabet zaharat);

- c) complexitatea patologiei, care afectează major supraviețuirea și/sau calitatea vieții persoanelor , (cancere, boli neurologice, boli rare); ,
- d) costurile crescute ale diagnosticului și tratamentului, costuri pe care persoanele nu și le-ar permite, în lipsa programelor naționale de sănătate.

Mai mult, programele naționale de sănătate publică se adresează în egală măsură asiguraților și neasiguraților, permițând astfel controlul adecvat al problemelor de sănătate publică pentru care sunt concepute și accesul echitabil la servicii de sănătate imperios necesare, inclusiv la servicii de prevenție primară și secundară.

În acest context larg de intervenție, programele naționale de sănătate au următoarele categorii de beneficiari:

- beneficiarii direcți ai intervențiilor și serviciilor furnizate – prin asigurarea unei dezvoltări normale (în cazul copiilor și tinerilor), îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate, îmbunătățirea supraviețuirii și a calității vieții, reintegrarea socio-profesională;
- familiile acestor beneficiari, pentru care scade povara socio-economică și efortul necesar îngrijirii persoanei bolnave;
- comunitățile din care fac parte beneficiarii, de asemenea prin scăderea poverii socio-economice, scăderea nevoilor de susținere socială și prin creșterea productivității persoanelor și familiilor lor;
- întreaga populație a României – prin asigurarea unei dezvoltări normale a copiilor, îmbunătățirea nivelului de educație pentru sănătate și respectiv de conștientizare asupra factorilor de risc, scăderea riscului infecțios privind unele boli transmisibile.

Din considerentele sus-menționate, Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 are un impact social major asupra întregii populații a României, prin acoperirea nevoii de sănătate pentru categorii largi de persoane, în special pentru persoane vulnerabile. Implementarea programelor naționale de sănătate are ca deziderat pe termen lung diminuarea diferențelor în starea de sănătate între România și UE și între grupuri defavorizate și situația medie națională.

4. Impactul asupra mediului

Nu este cazul

5. Alte informații

Nu este cazul

Secțiunea a 4-a

Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung.

1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
3. Impact financiar, plus/minus	Nu este cazul
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare.	Nu este cazul
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul
7. Alte informații.	Nu este cazul

**Secțiunea a 5-a
Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare.**

1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:	
a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;	<ul style="list-style-type: none">- HG nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul ministrului sănătății nr. 422/2013 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul președintelui CNAS nr. 190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare.
b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	<ul style="list-style-type: none">- Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016- Ordin al președintelui CNAS pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie.	Nu este cazul.
3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Nu este cazul.
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Nu este cazul.

5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
<p>Secțiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ</p>	
Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Au fost parcurse etapele legale ale procedurii de transparență decizională.
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	Nu este cazul.
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative.	Nu este cazul.
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul.
5. Informații privind avizarea de către:	Se supune avizului Consiliului Legislativ.
a) Consiliul Legislativ	
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	Nu este cazul.
c) Consiliul Economic și Social	Nu este cazul.
d) Consiliul Concurenței	Nu este cazul.
e) Curtea de Conturi	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
<p>Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ</p>	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ.	Nu este cazul
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice.	Nu este cazul
3. Alte informații	Nu este cazul
<p>Secțiunea a 8-a Măsuri de implementare</p>	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale	

În acest sens, a fost întocmit proiectul de Hotărâre a **Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016**, pe care îl supunem spre aprobare.

**Ministrul sănătății,
NICOLAE BĂNICIOIU**

Avizăm favorabil:

**Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Vasile CIURCHEA**

**Ministrul Finanțelor Publice
Darius-Bogdan VÂLCOV**

**Ministrul Justiției
Robert-Marius CAZANCIUC**

HOTĂRÂRE

privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 48 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. 1

(1) Se aprobă programele naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, precum și structura și obiectivele acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

(2) Programele naționale de sănătate reprezintă, potrivit prevederilor art. 45 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, un ansamblu de acțiuni multianuale, orientate spre principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică.

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

- a) de către Ministerul Sănătății - programele naționale de sănătate publică;
- b) de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate - programele naționale de sănătate curative.

ART. 2

Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, denumite în continuare norme tehnice, se aprobă după cum urmează:

- a) prin ordin al ministrului sănătății, pentru programele naționale de sănătate publică;
- b) prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătății, pentru programele naționale de sănătate curative.

ART. 3

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

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

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

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

ART. 4

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

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

(3) Unitățile de specialitate sunt:

a) instituții publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale;

d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

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

ART. 5

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

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă.

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

ART. 6

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

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări

de sănătate, fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

ART. 7

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 8

(1) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2016.

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

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

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

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

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

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

ART. 9

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

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

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

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

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

e) să asigure bolnavilor tratamentul adecvat și eficient, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere și eliberare a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

f) să achiziționeze, în condițiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ținând cont de nevoile reale, consumurile realizate și de stocurile cantitativ-valorice, în condițiile legii, la nivelul prețului de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare; în cazul produselor biologice, achiziționarea se face pe denumire comercială;

g) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate, cu evidențe distincte, inclusiv pentru DCI-urile aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate;

h) să asigure asiguraților, fără nici o discriminare, acordarea serviciilor medicale și tratamentul specific afecțiunilor cuprinse în programele naționale de sănătate curative;

i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza codurilor numerice personale, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative;

j) să depună lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării și decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract și a sumelor disponibile cu această destinație;

k) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripțiile medicale în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu, însoțite de borderourile centralizatoare distincte;

l) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, de servicii de dializă, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii de radioterapie, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/materiale sanitare eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

m) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

n) să informeze asigurații cu privire la derularea programelor naționale de sănătate curative;

o) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizați în actele normative în vigoare;

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

q) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, inclusiv la derularea programelor/ subprogramelor naționale de sănătate curative;

r) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru medicamente, materiale sanitare care fac obiectul programelor naționale de sănătate curative; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală, care este formular cu regim special unic pe țară, pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele

cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

s) să respecte **protocoalele terapeutice** privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, conform dispozițiilor legale;

ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

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

ț) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare, serviciilor de dializă, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii de radioterapie, după caz;

u) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

v) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile de dializă, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate și servicii de radioterapie, conform prevederilor legale în vigoare;

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

x) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului de la data implementării acestuia.

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

z) să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate informațiile și documentele solicitate de aceasta în domeniul/pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

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

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

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materialele sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

ART. 10

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

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista C, secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică **este mai mic sau egal cu prețul de decontare, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați;**

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

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative, cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor

de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

d) să verifice prescripțiile medicale off-line și cele pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice off-line/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și

preparatele psihotrope și stupefiante, care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

e) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

g) să întocmească și să prezinte/ transmită caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat și cu datele raportate potrivit prevederilor lit. u);

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

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru

tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, precum și la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării generale naționale a Colegiului Farmaciștilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciștilor din România și a Codului deontologic al farmacistului, în relațiile cu asigurații;

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

m) să elibereze asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract;

n) să anuleze DCI-urile/medicamentele și/sau materialele sanitare care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii "anulat", în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective;

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

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

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

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele și materialele sanitare specifice ce se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în bugetul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate și afișat de aceasta pe site;

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

ș) să elibereze medicamentele și materialele sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, la nivelul prețului

de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați; în cazul în care prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât prețul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asigurați, numai cu acordul și la solicitarea acestora, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripției;

t) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

u) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor și materialelor sanitare eliberate, conform; machetelor solicitate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

v) să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă și nu respectă condițiile de prescriere, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

x) să se afle, pe toată perioada de derulare a contractului de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală;

y) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege farmacia care derulează programele naționale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacie/oficine, precum și dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic, respectiv farmaciștii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

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

vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate, iar o copie a cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului împuternicitului, se păstrează la farmacie; medicamentele acordate în cadrul programelor naționale de sănătate curative în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ab) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ac) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea medicamentelor eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Medicamentele cu și fără contribuție personală eliberate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Medicamentele cu și fără contribuție personală eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

ad) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate 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;

ae) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

af) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau

protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală acordate pe teritoriul României, și să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală facturile însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați;

ART. 11

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

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să informeze asigurații cu privire la obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative și ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul unor programe naționale de sănătate curative; factura este însoțită de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit machetelor de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului, conform prevederilor legale în vigoare;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, pentru repartizarea acestuia pe zile și ore, în baza unui formular al cărui model este cel utilizat în cadrul contractului de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

i) să depună la casa de asigurări de sănătate, în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului, avizul direcției de sănătate publică privind programul de lucru; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul

încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință;

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

k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naționale de sănătate curative;

l) să asigure serviciile medicale paraclinice care se acordă asiguraților în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative fără nici o discriminare;

m) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

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

o) să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice pentru dozarea hemoglobinei glicozilate la bolnavi cu diabet zaharat medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului;

p) să transmită rezultatul investigațiilor medicale paraclinice pentru investigațiile PET-CT medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului și, periodic, cel puțin o dată pe lună, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

q) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

s) să efectueze dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicul diabetolog care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

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

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

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

u) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

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

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

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

y) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, precum și pentru orice alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

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

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

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

ac) să transmită lunar, odată cu raportarea, documentele necesare în vederea decontării prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

ad) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze, în vederea acordării serviciilor medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ae) să nu încheie contracte cu alți furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate;

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

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

ah) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

ai) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

aj) să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală 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;

ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale

pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale și acte administrative necesare investigației;

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

ART. 12

Furnizorii de servicii de dializă aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru furnizare de servicii de dializă au următoarele obligații:

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

b) să furnizeze serviciile pacienților asigurați cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență 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 pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv Regulamentului (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenția și raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane;

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

e) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de

raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

f) să pregătească și să depună la autoritățile relevante rapoartele cerute de normele de dializă, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

h) să respecte atât criteriile medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât și criteriile de calitate a serviciilor de dializă, în conformitate cu art. 238 și 239 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul

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

l) să stabilească și să respecte programul de activitate, să îl afișeze la loc vizibil și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de dializă, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de dializă și la obligațiile lor în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

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

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

q) să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;

r) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității

datelor, declarația de servicii lunară, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

s) să transmită caselor de asigurări de sănătate rapoartări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;

ș) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale legislației subsecvente în acest domeniu;

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

ț) să îndeplinească condițiile suspensive în termenul prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

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

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

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

y) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situație privind bolnavii decedați însoțită de documente justificative în acest sens.

ART. 13

Furnizorii de servicii de radioterapie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de radioterapie au următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile în conformitate cu Legea nr. 111/1996 republicată privind desfășurarea în siguranță, reglementarea autorizarea și controlul activităților nucleare și cu Ordinul Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, pentru aprobarea normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, cu modificările și completările ulterioare, precum și să utilizeze numai aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

b) să furnizeze serviciile pacienților asigurați cuprinși în Subprogramul de radioterapie, fără nici un fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament;

c) să furnizeze serviciile pacienților titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv Regulamentului (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate

a cardului și în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenția și raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane

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

e) să utilizeze aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod on-line; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate, se utilizează aplicația de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare privind utilizarea cardului; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. Serviciile medicale acordate prin utilizarea aplicației de raportare în sistemul informatic al cardului național de asigurări sociale de sănătate în mod off-line, se introduc în sistemul informatic al cardului în maximum 72 de ore de la momentul înregistrării în aplicația de raportare dar nu mai târziu de data la care se face raportarea activității lunare ce face obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate. Serviciile medicale din cadrul programelor naționale de sănătate curative acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

f) să pregătească și să depună la autoritățile relevante rapoartele cerute de normele de radioterapie, potrivit prevederilor legale în vigoare;

g) să angajeze personalul de specialitate în proporție cu cerințele minime de personal prevăzute în Ordinul Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, cu modificările și completările ulterioare 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) să respecte normele de raportare a bolilor, conform prevederilor legale în vigoare;

l) să stabilească și să respecte programul de activitate, să îl afișeze la loc vizibil și să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de servicii de radioterapie, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului, precum și modificarea datelor de identificare, declarate la data încheierii contractului;

- n) să informeze pacienții cu privire la serviciile de radioterapie și la obligațiile lor în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;
- o) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului,
- p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;
- q) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, precum și ale legislației subsecvente în acest domeniu;
- r) să îndeplinească condițiile prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate,
- s) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le îndeplinește, precum și execuția pe parcursul derulării acestora.
- ș) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de radioterapie care se asigură în cadrul subprogramului
- t) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare ce se eliberează în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, conform prevederilor legale în vigoare;
- ț) să completeze dosarul electronic al pacientului de la data implementării acestuia;
- u) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor;
- v) să asigure prezența unui medic de specialitate radioterapie și a unui fizician medical în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligația ca pentru cel puțin o normă întregă pe zi, programul unității de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie și a fizicianului medical care își desfășoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;
- w) să facă mentenanță și să întrețină aparatele din unitatea de radioterapie, conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 9001 precum și cele stabilite prin Ordinul Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004, pentru aprobarea normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, cu modificările și completările ulterioare,
- x) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice

y) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naționale de sănătate curative

z) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, precum și datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web

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

ab) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul

ac) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune

ad) să verifice calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare

ART. 14

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 9 și în contractele încheiate de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

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

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

d) nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 lit. v) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la lit. d), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

f) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract de către

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

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

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

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 10 lit. a) – f), h), j) – w), aa), ab), ad), ae) și af) se aplică următoarele măsuri:

a) la prima constatare, avertisment scris:

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

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

(4) Pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei convenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii medicale paraclinice, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

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

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. a) - c), e) – g), j) – r), ș) - x), ah), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(7) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate se constată nerespectarea obligației prevăzute la art. 11 lit. s), t) și aj) și/sau serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se

recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. c), d), f), g), i) – k), m), n), q) – s), - se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

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

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

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

d) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. u) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. u) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la lit. d), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

f) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

g) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. x) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv;

(9) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. c), d), f), g), i) – k), m), n), se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:

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

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

c) la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

d) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. u) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. u) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul

prevăzut la lit. d), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

f) pentru raportarea incorectă/incompletă a datelor privind consumul de medicamente pentru unul sau mai multe medicamente trimestrial, se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

g) nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. x) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv;

(10) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de radioterapie, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de radioterapie, aferente lunii în care s-au produs aceste situații;

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

(11) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. b), h) - j), p), m), y), z), aa), ab), ac), w), ad) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(13) Reținerea sumelor conform alin. (1) - (12) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reținerea sumei conform alin. (2) - (4) se aplică la nivel de farmacie.

(14) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) - (12) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

(15) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1) - (12), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

(16) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, anunță Ministerul Sănătății, respectiv ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situațiile prevăzute la alin. (1) - (12) .

ART. 15

(1) Casele de asigurări de sănătate aflate în relații contractuale cu furnizorii pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative, denumiți furnizori, au următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate de casele de asigurări de sănătate conform reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract;

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

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate și, după caz, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor normelor tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/investigațiilor

paraclinice, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

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

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

ART. ~~15~~ 16

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

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

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

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

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

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

f) la prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (2); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (2) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății farmaceutice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 13 alin. (2), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

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

h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 10 lit. a) - c), e) - h), j) - w) și y) - aa); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. b), nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

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

j) eliberarea de medicamente în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate curative de către farmaciile excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

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

a) dacă furnizorul de servicii medicale paraclinice nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

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

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

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

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform 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 conform 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), e) - n) și s);

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 conform contractelor încheiate și documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului național de sănătate curativ;

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

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 11 lit. y);

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. o), ț), u), x), ab) și ae);

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancțiunilor prevăzute la art. 13 alin. (5), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 13 alin. (6); 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. 13 alin. (5) 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. 13 alin. (5), 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 filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

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

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

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

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

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

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

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele menționate la art. 12 lit. n);

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. a), h), l), p), ț).

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

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

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

c) în cazul în care se constată că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

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

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

f) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. a), h), l)

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

ART. 17

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

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

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

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

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

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

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

ART. ~~17~~ 18

(1) Contractul pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice, servicii Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute respectiv servicii de radioterapie, care se acordă în cadrul unor programe/subprograme curative, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul

programelor/subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

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

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

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

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

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

ART. 19

(1) Contractul pentru finanțarea de servicii de radioterapie, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorul de servicii de radioterapie, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

b) încetarea termenului de valabilitate, a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, expirarea dovezii de evaluare și/sau expirarea autorizației eliberată de Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare; suspendarea se face până la obținerea noii autorizații sanitare de funcționare sau a documentului similar;

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

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

(2) În cazul reorganizării unităților sanitare cu paturi, prin desființarea lor și înființarea concomitentă a unor noi unități sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanțarea de servicii de radioterapie, încheiate cu casele de asigurări de sănătate și aflate

În derulare, se preiau de drept de către noile unități sanitare înființate, corespunzător drepturilor și obligațiilor aferente noilor structuri.

ART. 20

Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare, respectiv farmacii cu circuit deschis, se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. z), în condițiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

ART. 21

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

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

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 11 lit. af), în condițiile în care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum și a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

ART. 22

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

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

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

(4) Direcțiile de sănătate publică, sau după caz instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății, decontează unităților de specialitate cu care sunt în relație contractuală pentru derularea programelor naționale de sănătate publică contravaloarea bunurilor și serviciilor acordate în cadrul programelor naționale de sănătate publică, precum și a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfășoară activități în cadrul acestora și care fac obiectul contractului încheiat, pe bază de documente justificative și în condițiile prevăzute în normele tehnice.

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

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

(7) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2015 - 2016 se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în ordine cronologică, după cum urmează:

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

b) până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate și acordării vizei de "bun de plată";

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

ART. 23

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

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

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

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

ART. 24

(1) Ministerul Sănătății, în calitate sa de unitate de achiziții publice centralizată, desemnată în condițiile legii, efectuează, la nivel național, achiziții centralizate de medicamente, materiale sanitare și altele asemenea, pentru implementarea programelor naționale de sănătate nominalizate prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau, după caz, al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

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

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

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

ART. 25

(1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suportă la nivelul prețului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a denumirii comune internaționale (DCI) corespunzătoare.

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

(3) Din lista prevăzută la alin. (2) se exclud medicamentele din Catalogul Național al Prețurilor la Medicamentele de Uz Uman Autorizate de Punere pe Piață, denumit în continuare CANAMED, pentru care deținătorul autorizației de punere pe piață nu face dovada că sunt îndeplinite prevederile art. 792 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, respectiv obligația de asigurare a unor stocuri adecvate și continue de medicamente; **pentru medicamentele care dau prețul de decontare, deținătorul autorizației de punere pe piață trebuie să asigure minimum 50% din necesarul de medicamente din cadrul unui DCI, pe fiecare formă farmaceutică și concentrație.** Pentru medicamentele autorizate, nou-intrate pe piață care au preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul autorizației de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață de la data avizării prețului în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților.

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

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

(6) În cazul în care prețul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât prețul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asigurați, numai cu acordul și la solicitarea acestora, diferența de preț rezultată dintre prețul medicamentului prescris și prețul de decontare al acestuia. În acest sens farmacia trebuie să obțină acordul informat și scris al asiguratului/primatorului pe versoul prescripției.

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

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

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

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

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru formele farmaceutice cu administrare subcutanată reprezentate prin factorii de creștere leucocitari care corespund DCI-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum și Fulvestrantum și medicamentele de tip imunomodulator care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A și Interferonum alfa 2B, Bortezomibum, Trastuzumabum, Rituximabum (forme cu administrare subcutanată);

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

(11) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, cuprinși în unele programe naționale de sănătate, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală/condică medicală. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripții/file de condică se depun la casele de asigurări de sănătate, împreună cu borderoul centralizator și rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

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

ART. 26

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

(2) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrațați se asigură în baza contractelor de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă

pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente.

(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat la prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

(4) Condițiile de acordare a testelor de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat se stabilesc prin normele tehnice, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 27

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

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

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

(4) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, cu modificările ulterioare. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru*) privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anii anii 2015 și 2016.

(5) Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de asigurări de sănătate curative au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

(6) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 25, alin. (5), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea corespunzătoare lunii în care s-a produs această situație;

b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea corespunzătoare lunii în care s-a produs această situație;

(7) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligației de la art. 25 alin. (5) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(8) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (6) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate și se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație. În situația în care suma prevăzută la alin. (6) depășește prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(9) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (6) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu.

(10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (6), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe fiecare medic prescriptor.

ART. 28

(1) Pentru realizarea atribuțiilor și activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate pot aplica prevederile art. 49 alin. (3) - (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

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

ART. 29

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

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

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

(4) Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se organizează unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, structura organizatorică, atribuțiile acestora, precum și orice alte condiții necesare funcționării lor

se aprobă în condițiile art. 53 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

(5) Cheltuielile privind organizarea și funcționarea unităților de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate sunt incluse în sumele alocate programelor naționale de sănătate publică.

(6) Pentru realizarea atribuțiilor de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, instituțiile publice prevăzute la alin. (1) pot aplica prevederile art. 53 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

ART. ~~28~~ 30

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

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

ART. 31

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

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

(3) Pentru realizarea activităților prevăzute la alin. (1) medicii care deserveșc unitățile de învățământ pot primi produsele achiziționate centralizat în baza contractelor încheiate între reprezentantul autorității locale unde își desfășoară activitatea și direcțiile de sănătate publică.

ART. 32

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

ART. 33

Cheltuielile angajate, lichidate și ordonanțate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate în anul precedent și neplătite până la sfârșitul acestuia se vor plăti

în anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate pentru anul în curs.

ART. 34

Sumele aprobate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate în anii 2015 și 2016 se utilizează după cum urmează:

a) pentru realizarea obiectivelor și activităților desfășurate în anii 2015 și 2016;

b) pentru stingerea obligațiilor de plată înregistrate până la data de 31 decembrie a anului precedent și rămase neachitate până la data de 31 decembrie a anului următor.

ART. 35

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

ART. 36

În cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă efectuate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate este, după caz, tarif pe ședință de hemodializă convențională, tarif pe ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line, tarif/pacient cu dializă peritoneală continuă/an și tarif/pacient cu dializă peritoneală automată/an, tarife care sunt exprimate în lei și sunt prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 37

În cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, modalitatea de plată a serviciilor de radioterapie este de tarif/serviciu de radioterapie; tariful/serviciul de radioterapie include : cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare, investigații medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de radioterapie, precum și cheltuieli indirecte)

ART. 38

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

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

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

ART. 39

Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 40

Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2015

ANEXA

STRUCTURA

programelor naționale de sănătate și obiectivele acestora pentru anii 2015 și 2016

A. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ FINANȚATE DIN BUGETUL MINISTERULUI SĂNĂTĂȚII

STRUCTURĂ:

I. Programele naționale de boli transmisibile

1. Programul național de imunizare

Obiectiv:

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

- populației la vârstele prevăzute în calendarul național de vaccinare
- la grupele de risc

2. Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare

Obiectiv:

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

3. Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV

Obiective:

- a) reducerea răspândirii infecției HIV prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecția HIV precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate HIV simptomatice;
- b) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecție HIV/SIDA

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

- a) reducerea prevalenței și a mortalității TB;
- b) menținerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie;
- c) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;
- d) menținerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

5. Programul național de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale și monitorizare a utilizării antibioticelor și a antibioticorezistenței

Obiectiv:

Creșterea calității serviciilor medicale în unitățile sanitare cu paturi prin reducerea riscului de a dezvolta o infecție nosocomială

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

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

III. Programul național de securitate transfuzională

Obiectiv:

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

IV. Programele naționale de boli netransmisibile

1. Programul național de depistare precoce activă a cancerului prin screenig organizat

Obiective:

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

Structură:

1. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolau la populația feminină eligibilă în regim de screening;
2. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului colorectal¹
3. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de sân¹

Notă: ¹ Subprogramele prevăzute la punctele 2 și 3 vor fi implementate ca proiecte pilot în conformitate cu Planul multianual privind activitățile de prevenire / depistare precoce a cancerului, parte integrantă a Planului național integrat de control al cancerului.

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

Obiective:

- a) prevenirea depresiei și a suicidului;
- b) promovarea sănătății mintale la locurile de muncă;
- c) asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii și adolescenți;
- d) creșterea sistemului de a aborda problematica consumului de alcool prin elaborarea și implementarea de intervenții specifice.

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

Obiective:

- a) creșterea numărului de donatori vii, donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;
- b) coordonarea activităților de transplant;
- c) asigurarea testării imunologice și virusologice a potențialilor donatori, precum și a receptorilor;
- d) asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate în insuficiență cronică ireversibilă și/sau înlocuirea țesuturilor nefuncționale prin transplant de organe, țesuturi și/sau celule;
- e) evaluarea periodică a pacienților transplantați și a donatorilor vii;
- f) crearea și gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care și-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
- g) tratamentul infertilității cuplului.

Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană
2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice periferice și centrale
3. Subprogramul de fertilizare in vitro și embriotransfer

4. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

Prevenirea și depistarea precoce a afecțiunilor endocrine cu impact major asupra stării de sănătate a populației, în scopul morbidității prin:

- gușă datorată carenței de iod și complicațiilor sale.

5. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

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

6. Programul național de management al registrelor naționale

Obiectiv:

Dezvoltarea, implementarea și managementul registrelor naționale ale bolnavilor cronici

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

Obiectiv:

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

Structură:

1. Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate;
2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun.

VI. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

- a) ameliorarea stării de nutriție a mamei și copilului
- b) îmbunătățirea stării de sănătate a copilului
- c) îmbunătățirea stării de sănătate a femeii
- d) reducerea riscului de mortalitate infantilă și maternă

Structură:

1. Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriție a mamei și copilului
2. Subprogramul de sănătate a copilului
3. Subprogramul de sănătate a femeii

B. PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE FINANȚATE DIN BUGETUL FONDULUI NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

STRUCTURĂ:

Programul național de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

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

Programul național de oncologie

Obiective:

- a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice;
- b) monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice;
- c) reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare;
- d) diagnosticul leucemiilor acute;
- e) radioterapia bolnavilor cu afecțiuni oncologice.

Structură:

1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice
2. Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT
3. Subprogramul de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare
4. Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiilor acute.
5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice

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

Obiectiv:

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

Programul național de diabet zaharat

Obiective:

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

Programul național de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă

Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie

Programul național de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice

Programul național de sănătate mintală

Obiectiv:

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

Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

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

Programul național de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

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

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

Obiective:

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

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

Obiectiv:

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

Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv:

Tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică

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

Obiective:

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

Structură:

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