

HOTĂRÂRE nr. 206 din 25 martie 2015

privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016

EMITENT: GUVERNUL

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 208 din 30 martie 2015

Data intrării în vigoare : 1 aprilie 2015

Forma actualizată valabilă la data de : 18 mai 2015

Prezenta formă actualizată este valabilă de la 1 aprilie 2015 până la data selectată

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al [art. 48 alin. \(1\) și \(2\) 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. \(1\) lit. a\) 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, denumit în continuare Fond, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

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

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

ART. 4

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

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

(3) 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, pentru care se solicită avizul Ministerului Sănătății, având în vedere rolul acestuia de autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică;
- 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 sociale de sănătate județene și a municipiului București, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor aprobate, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență pentru programele naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă.

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

ART. 6

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

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

ART. 7

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

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

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

(4) Sumele aprobate pentru 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 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.

(7) Pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în cadrul cărora se asigură medicamente, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru derularea programelor naționale de

sănătate curative cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3), care sunt în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești, furnizarea de medicamente, respectiv pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice, după caz.

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

a) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3) lit. b) și c) care se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale spitalicești;

b) cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (3) lit. b) și c) care au structură aprobată pentru furnizarea de servicii de radioterapie, respectiv pentru furnizarea de servicii de dializă și care se află sau nu se află în relație contractuală pentru furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate.

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

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

b) să fie autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare

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

ART. 8

(1) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate sunt 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, potrivit și în limita prevederilor legale în vigoare.

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

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

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

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

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

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 specifice 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, potrivit 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;

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 nicio 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, cumulată de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza CNP/CID, 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/copii ale foilor de condică de medicamente 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, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele/ materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea și valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

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

n) să informeze asigurații cu privire la derularea programelor naționale de sănătate curative, precum și cu privire la faptul că numai medicamentele prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern, se decontează din fond;

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 medicamentele și materialele sanitare specifice 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 și materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condițiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, să informeze asigurații prin medicii curanți/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare specifice, servicii prin tratament Gamma Knife, servicii de diagnosticare a leucemiilor acute, după caz;

u) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#) privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/ 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](#), cu modificările și

completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.

Pentru eliberarea medicamentelor să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată;

v) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, serviciile de diagnosticare a leucemiilor acute efectuate, după caz, potrivit 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 Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/ subprogramelor naționale de sănătate curative;

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

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 aferent programelor naționale de sănătate curative;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii medicale, materialele sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii, care se asigură în cadrul programelor naționale de sănătate curative;

ad) să asigure servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, materiale sanitare specifice și altele asemenea pentru:

(i) pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în temeiul prevederilor [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

(ii) pacienții titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, în situația în care serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice și altele asemenea sunt parte din serviciile cuprinse în Pachetul de servicii pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană;

(iii) titularii de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/ Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/ documentelor europene emise în temeiul prevederilor [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului și pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, pachet prevăzut de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale 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 serviciile medicale, medicamentele, dispozitivele medicale, materialele sanitare specifice și altele

asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului, pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, precum și pentru pacienții din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;

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

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 denumirilor comune internaționale (DCI) 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale 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 materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;

c) să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare specifice 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 specifice 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 potrivit 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 specifice eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare specifice 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 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme 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/să transmită caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în normele tehnice, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în normele tehnice; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare specifice din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul informatic 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/ subprograme naționale de sănătate curative, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, și să nu înlocuiască un produs biologic cu biosimilarul, fără recomandarea medicului;

i) să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit 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/subprograme naționale de sănătate curative, precum și la modul de utilizare a acestora, potrivit 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 web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabilește potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

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

o) să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare specifice 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 și la oficiile locale de distribuție 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/subprograme naționale de sănătate curative;

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

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

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 specifice eliberate, potrivit machetelor solicitate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligații pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

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

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

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

y) să respecte dreptul asiguraților de a-și alege farmacia care a încheiat contract pentru furnizarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, potrivit 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 - farmacii/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](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative 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 și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative 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, potrivit prevederilor legale în vigoare;

ac) să folosească sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice eliberate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată;

ad) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

(i) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului;

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

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

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

af) să întocmească evidențe distincte pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative sanitare 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/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe/subprograme naționale de sănătate curative, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare, la prețurile de referință stabilite pentru cetățenii români asigurați, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț.

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/subprograme 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 și să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată potrivit contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul unor programe/subprograme 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 cadrul programelor naționale de sănătate curative, 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, potrivit prevederilor legale în vigoare;

h) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, 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 asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în prezenta hotărâre și normele tehnice;

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/subprogramele naționale de sănătate curative;

l) să asigure serviciile medicale paraclinice care se acordă asiguraților în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative fără nicio 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, direct sau prin

intermediul asiguratului, precum și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la solicitarea acesteia;

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 medicii, prevăzuți în normele tehnice, care au eliberat biletele de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

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 emise 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, potrivit specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă potrivit 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, potrivit 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 potrivit contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru programele/subprogramele naționale de sănătate curative, precum și pentru orice alte investigații de același tip efectuate în afara relației contractuale cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate 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 potrivit 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 potrivit legii instituțiile abilitate în acest sens;

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

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

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;

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](#), cu modificările și completările ulterioare, 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, cu excepția furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical organizate potrivit [Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000](#) privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin [Legea nr. 598/2001](#);

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/ subprogramele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora;

ah) să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/ 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](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale paraclinice furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate curative și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii;

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

am) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale paraclinice, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de

sănătate, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă);

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

ao) să raporteze distinct, în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, facturile pentru serviciile prevăzute la lit. an), însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documentele însoțitoare.

ART. 12

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

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

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

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](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializă;

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/ 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](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

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

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, potrivit 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 oricărora 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/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică și faptică a modului de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele și materialele sanitare specifice achiziționate și utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; se raportează în vederea decontării bolnavii și serviciile de dializă aferente acestora, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică;

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 obligatorii și condițiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

s) 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.

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

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

ț) 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;

u) să asigure prezența personalului potrivit prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1.718/2004](#), cu modificările ulterioare;

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

w) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de dializă contractate cu

casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;

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

y) 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;

z) 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;

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

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale de dializă în cadrul programului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii medicale de dializă efectuate;

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru serviciile de dializă și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul programului;

ad) 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 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

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

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

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

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

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

aj) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. ai) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

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

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 de radioterapie cu respectarea prevederilor [Legii nr. 111/1996](#) privind desfășurarea în siguranță, reglementarea, autorizarea și controlul activităților nucleare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin [Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004](#), cu modificările și completările ulterioare, și Normelor privind radioprotecția persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiații ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și familiei și al

președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare [nr. 285/79/2002](#), cu 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 niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament;

c) să furnizeze serviciile beneficiarilor formularelor/ documentelor europene emise în aplicarea [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleași condiții ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum și pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;

d) să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/ 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](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de radioterapie;

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

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/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](#), cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

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

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

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, potrivit prevederilor legale în vigoare;

l) să stabilească și să respecte programul de activitate, să îl afișeze la loc vizibil; să stabilească programul de activitate și sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanță cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin [Ordinul președintelui Comisiei Naționale pentru Controlul Activităților Nucleare nr. 94/2004](#), cu modificările și completările ulterioare;

m) să anunțe casele de asigurări de sănătate despre modificările oricăreia dintre condițiile obligatorii care au stat la baza încheierii contractului de

serviciii 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/Casei Naționale 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, cumulată de la începutul anului, și anuale privind indicatorii realizați, în primele 15 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;

q) să respecte prevederile [Legii nr. 677/2001](#), cu modificările și completările ulterioare, precum și ale legislației subsecvente în acest domeniu;

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

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

ș) să raporteze corect și complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

ț) 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;

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

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

w) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative privind deținerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice etc.;

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

y) 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;

z) 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;

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

ab) să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii de radioterapie în cadrul subprogramului, pe baza setului minim de date: CNP/CID al bolnavului, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), servicii de radioterapie efectuate (inclusiv doza totală administrată);

ac) să nu încaseze sume de la asigurați pentru servicii de radioterapie și pentru actele administrative emise ca urmare a furnizării acestor servicii în cadrul subprogramului;

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

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

af) să întocmească evidențe distincte pentru serviciile medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

ag) să raporteze în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. af) însoțite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale și, după caz, de documentele justificative/documente însoțitoare;

ah) 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;

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

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

ART. 14

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 9 lit. a) - q), s) - t), u), x) - z), ab) - af) 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.

(2) 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.

(3) 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 alin. (2), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(4) 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.

(5) 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, aflate 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.

(6) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 10 lit. a)-f), h), j)-w), ab) și ad)-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.

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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), ț)-x) și 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.

(10) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. s), t) și aj) și/sau serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(11) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. c), d), g), h), j), l), p), r) și ad) 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.

(12) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. ș) 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.

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

(14) 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.

(15) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 12 lit. af) atrage reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract corespunzătoare trimestrului respectiv.

(16) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului de servicii de dializă, 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 dializă aferente lunii în care s-au produs aceste situații.

(17) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. i), k), n), q) și v)-aa) se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(18) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(19) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. c), d), g), h), j), l), p), r), ah) și ai) 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.

(20) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 13 lit. ș) 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.

(21) Nerespectarea obligației prevăzute la art. 13 lit. ș) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% față de procentul prevăzut la alin. (20), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(22) 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.

(23) 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 sau produs aceste situații.

(24) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. i), k), q), n), x)-aa) și 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 sau înregistrat aceste situații.

(25) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, se constată că serviciile raportate potrivit contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, se recuperează contravaloarea acestor servicii și se diminuează cu 10% valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situații.

(26) Reținerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(25) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (5)-(7) se aplică la nivel de farmacie.

(27) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(25) 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.

(28) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1)-(25), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

(29) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1)-(25) se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(30) 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)-(4).

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 de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, pentru informarea asiguraților, precum și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative 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 potrivit 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, 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 proprii sau ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, potrivit prevederilor normelor tehnice;

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

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

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

i) să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea acordate și decontate din bugetul Fondului pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, titulari ai cardului

europene de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor [Regulamentului \(CE\) nr. 883/2004](#) al Parlamentului European și al Consiliului, după caz, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

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

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

ART. 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, potrivit 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 specifice în cadrul unor programe/subprograme naționale de sănătate curative;

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

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

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

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

f) la prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (5); pentru societățile farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societății farmaceutice/oficină locală de distribuție din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății farmaceutice se aplică măsurile prevăzute la art. 14 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie/oficină locală de distribuție din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuție la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoțite de borderouri și prescripții medicale privind eliberarea de medicamente și potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate,

pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (6); pentru nerespectarea obligației prevăzute la art. 10 lit. b) nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

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

j) la prima constatare în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 10 lit. x).

(2) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii/oficine locale de distribuție, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), h) și j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 10 lit. f), g), r), ț), u) și x) - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuție la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător.

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

a) dacă 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 potrivit contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

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

g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 11 lit. a)-c) și e)-n);

h) în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 11 lit. z), pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

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

m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (8) și (9), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 14 alin. (10); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancțiunilor prevăzute la art. 14 alin. (8) în cursul unui an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică în cursul unui an sancțiunile prevăzute la art. 14 alin. (8), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

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

a) dacă furnizorul de servicii de 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 deciziei de evaluare;

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

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

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

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

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. a), b), h), p) și Ț);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (11).

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

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

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

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

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

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

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

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 13 lit. a), b), h), p) și ț);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancțiunii prevăzute la art. 14 alin. (19).

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

ART. 17

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

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

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

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

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

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

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

ART. 18

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

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

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

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

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

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

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

ART. 19

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

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

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

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

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

ART. 20

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. 21

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(10) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 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", cu excepția serviciilor de dializă și a celor de radioterapie pentru care decontarea se face în termen de 30 de zile de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate și acordării vizei de "bun de plată";

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

ART. 22

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

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

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

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

ART. 23

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

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

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

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

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

ART. 24

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, 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 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 DCI corespunzătoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a prețurilor de decontare a medicamentelor și a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în 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.

(3) Pentru medicamentele autorizate, care au primit preț și au fost listate în Catalogul Național al Prețurilor la Medicamentele de Uz Uman Autorizate de Punere pe Piață (CANAMED), deținătorul de autorizație de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților, de la data avizării prețului.

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

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

(6) 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.

(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 pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor care au efectuat transplant și pentru tratamentul ambulatoriu al pacienților cu unele boli rare, aprobate prin normele tehnice, se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(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/intramusculară corespunzătoare 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;

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

(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 specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni endocrine care corespund DCI-ului Teriparatidum se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(13) 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. 25

(1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrați 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 insulinoțrați 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 insulinoțratat 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 insulinoțratat se stabilesc prin normele tehnice.

ART. 26

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

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

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

(4) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor [Legii nr. 455/2001](#), republicată. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anii 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 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) Nerespectarea obligației de la alin. (5) se constată de către 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 și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.

(8) Reținerea sumei prevăzute la 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 potrivit 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 potrivit 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. 27

(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. 28

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

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

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

(4) Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se organizează unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, structura organizatorică, atribuțiile acestora, precum și orice alte condiții necesare funcționării lor se aprobă în condițiile [art. 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. 29

(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. 30

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

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

ART. 31

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

ART. 32

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. 33

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. 34

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

ART. 35

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

ART. 36

(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. 37

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. 38

(1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2015, cu excepția prevederilor referitoare la:

a) Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice din cadrul Programului național de oncologie, care intră în vigoare la data de 1 mai 2015;

b) încheierea contractelor de furnizare de servicii de dializă de către furnizorii privați de dializă cu casele de asigurări de sănătate în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, ce intră în vigoare la data de 1 mai 2015.

(2) Până la data de 30 aprilie 2015, pentru situația prevăzută la alin. (1) lit. b), furnizarea de servicii de dializă de către furnizorii privați se face prin acte adiționale la contractele încheiate de aceștia cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu prelungirea aplicabilității prevederilor corespunzătoare din [Hotărârea Guvernului nr. 124/2013](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:

p. Ministrul finanțelor publice, interimar,
Enache Jiru,
secretar de stat

p. Ministrul sănătății,
Alin Iulian Tucmeanu,
secretar de stat

Ministrul pentru societatea
informațională,
Sorin Mihai Grindeanu

București, 25 martie 2015.
Nr. 206.

ANEXĂ

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 vaccinare

Obiectiv:

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

- a) populației la vârstele prevăzute în calendarul național de vaccinare;
- b) grupelor populaționale la risc.

2. Programul național de supraveghere și control 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 screening organizat

Obiective:

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

Structură:

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

2. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului colorectal*1);

3. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de sân*1).

NOTĂ:

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

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, de 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:

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

5. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare

Obiectiv:

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

6. Programul național de management al registrelor naționale

Obiectiv:

Dezvoltarea, implementarea și managementul registrelor naționale ale bolnavilor cronici.

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

Obiectiv:

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

Structură:

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

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

VI. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

a) 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 insulinoțrațați.

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 toxicodependență, 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 aparatului 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
