NOTĂ DE FUNDAMENTARE

|  |
| --- |
| **Secţiunea 1****Titlul actului normativ****Hotărâre privind aprobarea programelor naţionale de sănătate** |
| **Secţiunea a 2-a****Motivul emiterii actului normativ** |
| 1.Descrierea situaţiei actuale | În prezent, derularea programelor naţionale de sănătate se realizează în conformitate cu prevederile:- titlului II din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;- Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2017 şi 2018, cu modificările și completările ulterioare;- Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publice pentru anii 2017 şi 2018, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017, cu modificările și completările ulterioare; - Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2017 şi 2018, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017, cu modificările și completările ulterioare. Aceste acte normative asigură cadrul legal al derulării programelor naţionale de sănătate până la data de 30 iunie 2019. Începând cu data de 1 iulie 2019 încetează aplicabilitatea prevederilor HG nr. 155/2017 și a normelor tehnice subsecvente, prin ajungerea la termen a acestora. În aceste condiții, conform prevederilor art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, este necesară elaborarea și aprobarea unui nou proiect de hotărâre a Guvernului care să reglementeze structura programelor naţionale de sănătate, obiectivele acestora, precum şi orice alte condiţii şi termene necesare implementării şi derulării acestora pentru perioada următoare. |
| 2.Schimbări preconizate | Prin intermediul prezentei hotărâri se asigură cadrul legislativ pentru derularea programelor naţionale de sănătate. În acest sens, în perioada de aplicabilitate a actului normativ, se are în vedere continuarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate aflate în derulare, dezvoltarea acestora pentru includerea unor noi beneficiari, precum și inițierea unor programe sau activități noi. Astfel, în acord cu prevederile art. 48 alin. (2) lit. a) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare, potrivit cărora din bugetul Ministerului Sănătății se asigură finanțarea programelor naționale de sănătate publică corespunzătoare domeniilor de intervenție ale asistenţei de sănătate publică prevăzute la art. 6 lit. a) - e), h) și i) din cuprinsul legii anterior menționată și, având în vedere direcțiile de acțiune prevăzute în aria strategică de intervenție 1 ,,Sănătate publică’’ din cadrul anexei la HG nr. 1028/2014 privind aprobarea Strategiei naţionale de sănătate 2014 - 2020 şi a Planului de acţiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru implementarea Strategiei naţionale, începând cu data de 1 iulie 2019, Ministerul Sănătăţii îşi asumă derularea şi finanţarea unui număr de 15 programe naționale de sănătate publică cu impact major asupra sănătății publice, după cum urmează:1. Programul naţional de vaccinare;
2. Programul naţional de supraveghere şi control a bolilor transmisibile prioritare;
3. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control a infecţiei HIV/SIDA;
4. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei;
5. Programul naţional de supraveghere şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a rezistenţei microbiene, precum şi de monitorizare a utilizării antibioticelor;
6. Programul naţional de monitorizare a factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncă;
7. Programul naţional de securitate transfuzională;
8. Programul naţional de depistare precoce a cancerului în regim de screening organizat;
9. Programul naţional de sănătate mintală şi profilaxie în patologia psihiatrică;
10. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;
11. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc;
12. Programul naţional de tratament dietetic pentru boli rare;
13. Programul naţional de management al registrelor naţionale;
14. Programul naţional de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate;
15. Programul naţional de sănătate a femeii şi copilului.

Pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică sus enumerate în anul 2019 bugetul aprobat de ordonatorul principal de credite al Ministerului Sănătății este în sumă de 1.082.261 mii lei.De asemenea, Casa Națională de Asigurări de Sănătate își asumă responsabilitatea derulării și finanțării unui număr de 15 programe naționale de sănătate curative, după cum urmează:1. Programul naţional de boli cardiovasculare;
2. Programul național de oncologie;
3. Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear şi proteze auditive);
4. Programul național de diabet zaharat;
5. Programul național de tratament al bolilor neurologice;
6. Programul naţional de tratament al hemofiliei;
7. Programul naţional de tratament pentru boli rare;
8. Programul naţional de sănătate mintală;
9. Programul naţional de boli endocrine;
10. Programul naţional de ortopedie;
11. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;
12. Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică;
13. Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice;
14. Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă;
15. Programul național de chirurgie spinală.

Pentru implementarea acestor programe naționale de sănătate curative în anul 2019 bugetul aprobat de ordonatorul principal de credite al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este în sumă de 5.624.620,00 mii lei.În contextul experienței acumulate în derularea programelor naționale de sănătate, condițiile generale și specifice în ceea ce privește procesul de implementare, coordonare, monitorizare, evaluare şi control al acestora, sunt reglementate în mod similar prevederilor actului normativ în vigoare, asigurându-se astfel continuitatea activităților în curs de desfășurare. Modificările incluse în proiectul de act normativ vizează punerea în aplicare a prevederilor unor acte normative de rang superior, așa cum este cazul:- OUG nr. 8/2018 privind reglementarea unor măsuri în domeniul sănătății care, la punctul 10 al art. I reglementează documentele în baza cărora unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate publică solicită finanțarea pentru cheltuielile eligibile efectuate în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor, iar la punctul 52 prevede înlocuirea sintagmei "dispozitive medicale" cu sintagma "dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive" în cuprinsul Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;- OUG nr. 114/2018 privind instituirea unor măsuri în domeniul investiţiilor publice şi a unor măsuri fiscal-bugetare, modificarea şi completarea unor acte normative şi prorogarea unor termene care, la art. 54 prevede finanțarea de la bugetul de stat, cel puțin la nivelul plăților efectuate în anul 2018 a cheltuielilor finanţate din contribuţiile constituite ca venituri proprii ale Ministerului Sănătăţii, în condițiile în care această sursă constituia una dintre sursele de finanțare ale bugetului programelor naționale de sănătate publică. De asemenea, având în vedere că, în cazul programelor naționale de sănătate curative derularea acestora se realizează de către unități de specialitate în baza unor contracte ce urmează a fi încheiate cu casele de asigurări de sănătate, iar între aceste părți sunt deja încheiate contracte pentru furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în cuprinsul proiectului de hotărâre a Guvernului se prevede ca încheierea noilor contracte să se realizeze pe baza unor documente ce vor fi prevăzute în normele tehnice, documente care vor fi transmise în format electronic numai în condițiile în care acestea nu sunt disponibile la nivelul caselor de asigurări sociale de sănătate sau sunt disponibile dar au perioadă de valabilitate expirată sau cuprind modificări ce au fost efectuate ulterior depunerii lor pentru o altă contractare de servicii medicale. Alte modificări incluse în proiectul de Hotărâre privind aprobarea programelor naţionale de sănătate vizează structura și obiectivele acestora după cum urmează: - includerea în cadrul Programului naţional de depistare precoce a cancerului în regim de screening organizat, finanțat din bugetul Ministerului Sănătății, a unui Subprogram de depistare precoce a cancerului prin determinarea markerilor tumorali la pacienții din grupele de risc, în regim de screening selectiv. Acest demers este motivat de necesitatea asigurării cadrului legislativ pentru organizarea unităților de specialitate în vederea implementării unor proiecte pilot care vor avea ca obiective identificarea precoce a afecțiunilor oncologice la persoanele asimptomatice și monitorizarea periodică a persoanelor cu risc înalt de a dezvolta cancer. Activitățile din cadrul acestui subprogram național de sănătate publică sunt încadrabile în OS 3.2. Reducerea poverii cancerului în populaţie prin depistarea în faze incipiente de boală şi reducerea pe termen mediu-lung a mortalităţii specifice prin intervenţii de screening organizat, obiectiv ce este inclus în aria strategică 1 ,,Sănătate publică’’ din cadrul Strategiei naționale de sănătate 2014-2020, aprobată prin HG nr. 1028/2014. Prin diagnosticarea persoanelor cu leziuni pre-canceroase sau forme inaparente clinic, urmată de referirea acestora către serviciile specializate de diagnostic și tratament, pentru a beneficia de asigurarea unui diagnostic în timp util și de realizarea unor intervenții curative timpurii, când tratamentul este mai eficient și, de regulă și mai puțin costisitor, subprogramul va contribui la ameliorarea profilului epidemiologic nefavorabil al bolii oncologice în România, îmbunătățirea stării de sănătate a bolnavilor, creșterea calității vieții și a speranței de viață a acestora. - includerea a două obiective noi în cadrul Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică finanțat din bugetul Ministerului Sănătății, după cum urmează: creșterea nivelului de competențe ale specialiștilor care lucrează cu persoane cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate și al calității serviciilor medicale acordate acestora și creșterea nivelului de abilități și cunoștințe ale părinţilor şi familiilor persoanelor cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate. Activitățile ce se vor realiza pentru atingerea acestor obiective se înscriu în direcțiile strategice ale OS 3.3 ,,Îmbunătățirea stării de sănătate mintală a populației’’ incluse, de asemenea, în aria strategică mai sus menționată și vor contribui la actualizarea cunoștințelor tuturor categoriilor profesionale implicate în prevenirea, identificarea și tratarea persoanelor cu tulburări din spectrul autist, având ca rezultat așteptat creșterea calității serviciilor de sănătate și a șanselor de recuperare a acestor bolnavi; totodată, prin includerea acestor obiective în Programului național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică se creează cadrul legal pentru îndeplinirea punctelor 2 și 3 ale art. 2 din Protocolul de colaborare privind implemnetarea măsurilor necesare creșterii accesului persoanelor diagnosticate cu tulburări în spectrul autist la servicii integrate de sănătate, sociale și de educație semnat între Ministerul Sănătății, Ministerul Educației Naținale, Ministerul Finanțelor Publice și Casa Națională de Asigurări de Sănătate; - includerea în cadrul programelor naționale de sănătate publică finanțate din bugetul Ministerului Sănătății a unui nou program intitulat ,,Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc’’. Această măsură este susținută de specialiștii din cadrul comisiilor de specialitate pediatrie, obstetrică-ginecologie neonatologie și endocrinologie ale Ministerului Sănătății care, analizând rezultatele unor studii recente ce relevă faptul că în România, în populația generală se întregistrează o prevalență a deficitului de vitamină D între 40 și 75%, iar în populația pediatrică o prevalență variabilă de la 0,66% la grupa de vârstă cuprinsă între 1-3 ani până la 8,90% la grupa de vârstă cuprinsă între 14-18 ani, precum și o prevalență a sechelelor de rahitism de 1,8% în mediul urban și 0,7% în mediul rural, în condițiile asigurării accesului gratuit la suplimentarea cu vitamina D a alimentației copiilor și gravidelor, care apreciază necesitatea și utilitatea monitorizării statusului nutritional al vitaminei D prin determinarea valorilor serice 25-OH vitaminei D la anumite grupe populaționale aflate la risc de deficit stabilite prin consens. Implementarea măsurii la nivel național, urmată de instituirea tratamentului profilactic sau curative va contribui la scăderea incidenței rahitismului și osteomaciei; - reorganizarea Programului național de tratament al hemofiliei și talasemiei, finanțat din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), în Programul național de tratament al hemofiliei, cu modificarea corelativă a obiectivului acestui program și includerea tratamentului bolnavilor cu talasemie ca activitate în cadrul Programului național de tratament pentru bolile rare. În prezent, bolnavii cu talasemie sunt dependenți de realizarea transfuziilor de sânge la un interval de 2-4 săptămâni cu administrarea a 1-2 unități/ședință de transfuzie. Consecutiv tratamentului transfuzional cronic, organismul înregistrează o supraîncărcare cu fier care neeliminat duce la insuficiență de organe și deces prematur. Pentru evitarea acestei complicații, bolnavii cu talasemie beneficiază de tratament cu chelatori de fier, medicamente care se administrează zilnic, pe durata întregii vieți. În prezent, aceste medicamente se acordă în cadrul Programului național de tratament al hemofiliei și talasemiei, prin farmaciile cu circuit închis. Prin modificarea propusă se va asigura cadrul legal pentru eliberarea acestor medicamente prin farmaciile cu circuit deschis pe baza prescripției medicului curant. În acest caz, pacienții diagnosticați cu talasemie vor putea ridica medicamentele de la farmacia cea mai accesibilă, evitând situațiile de discontinuitate în administrarea medicamentelor generate de întârzierile înregistrate de spitale în finalizarea procedurilor de achiziție publică; - reorganizarea Programului național de boli endocrine, finanțat din bugetul FNUASS în două subprograme distincte: Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu osteoporoză, respective Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferări maligne. Această reorganizare este implementată la propunerea Comisiei de specialitate endocrinologie a Ministerului Sănătății, motivată de specificul diferit al celor două patologii, precum și de criteriile diferite de selecție ale unităților sanitare care pot realiza cele două subprograme;- reorganizarea Programului național de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă, finanțat din bugetul FNUASS în cinci subprograme distincte după cum urmează: Subprogramul național de radiologie intervenţională, Subprogramul național de neurochirurgie funcțională, Subprogramul național de radiochirurgie prin Gamma - Knife; Subprogramul național de diagnostic şi tratament chirurgical al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos, Subprogramul național de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil și adult. Această reorganizare este implementată la propunerea comisiilor de specialitate radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară, neurochirugie, neurologie adulți și neurologie pediatrică ale Ministerului Sănătății pentru a permite stabilirea, prin normele tehnice, a unor criterii de selecție a unităților sanitare corespunzătoare particularităților organizatorice, structurii de personal și dotării necesare pentru realizarea activităților din cadrul subprogramelor în condiții de multidisciplinaritate;- includerea în cadrul programelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul FNUASS a unui nou program intitulat ,,Programul național de chirurgie spinală’’ care va avea drept obiectiv asigurarea tratamentului bolnavilor cu patologie degenerativă, deformativă, traumatică și tumorală a coloanei vertebrale prin chirurgie spinală, la propunerea Comisiei de specialitate neurochirurgie a Ministerului Sănătății. În fapt, acest program va reuni activitățile destinate tratamentului bolnavilor cu patologie spinală care, în prezent, sunt incluse atât în Programul național de ortopedie cât și în Programului național de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă. De asemenea, prin proiectul de act normativ se propune aprobarea termenilor și condițiilor generale referitoare la derularea programelor naționale de sănătate, precum și a structurii și obiectivelor acestora pentru o durată de valabilitate nelimitată în timp. Argumentele pentru susținerea acestei propuneri sunt următoarele: - temeiul legislativ al elaborării și aprobării prezentei hotărâri, reprezentat de art. 51 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, nu prevede ca valabilitatea actului normativ să fie limitată în timp;- programele naționale de sănătate includ un ansamblu de acțiuni care au un caracter multianual, conform prevederilor art. 48 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;- în condițiile modificărilor în politicile și strategiile de sănătate publică, acestea pot fi incluse în structura programelor naționale de sănătate prin modificarea actului normativ de bază, în condițiile prevăzute de Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, cu modificările și completările ulterioare. - nelimitarea termenului de aplicare va asigura o mai mare predictibilitate atât în procesul implementării programelor naționale de sănătate, cât și al planificării strategice și al bugetării pe programe.  |
| 3. Alte informații | Nu e cazul |
| **Secţiunea a 3-a****Impactul socio-economic al prezentului act normativ** |
| 1.Impactul macroeconomic | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 1^1Impact asupra mediului concurenţial şi domeniului ajutoarelor de stat  | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 2.Impactul asupra mediului de afaceri | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 3. Impactul social | Prezentul act normativ stabilește termenii și condițiile derulării programelor naționale de sănătate și, pe cale de consecință, reglementează accesul pacienților la servicii medicale, precum și la medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și altele asemenea.Programele naționale de sănătate se adresează unor probleme sănătate publică deosebit de importante din mai multe considerente, între care enumerăm:* 1. potențialul de transmisibilitate al patologiei (tuberculoză, HIV/SIDA);
	2. numărul mare de persoane afectate (cancere, diabet zaharat, boli cardiovasculare);
	3. complexitatea patologiei, care afectează major supraviețuirea și/sau calitatea vieții persoanelor (cancere, diabet zaharat, boli neurologice, boli cardiovasculare, boli rare);
	4. costurile crescute ale diagnosticului și tratamentului, costuri pe care persoanele nu și le-ar permite, în lipsa programelor naționale de sănătate.

Mai mult, programele naționale de sănătate publică se adresează în egală măsură asiguraților și neasiguraților, fapt care permite un controlul adecvat al problemelor de sănătate publică pentru care sunt concepute și un acces echitabil la servicii de sănătate imperios necesare, inclusiv la servicii de prevenție primară și secundară. În acest context larg de intervenție, programele naționale de sănătate au următoarele categorii de beneficiari:- beneficiarii direcți ai intervențiilor și serviciilor furnizate – prin asigurarea unei dezvoltări normale (în cazul copiilor și tinerilor), îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate, îmbunătățirea supraviețuirii și a calității vieții, reintegrarea socio-profesională;- familiile acestor beneficiari, pentru care scade povara socio-economică și efortul necesar îngrijirii persoanei bolnave;- comunitățile din care fac parte beneficiarii, de asemenea prin scăderea poverii socio-economice, scăderea nevoilor de susținere socială și prin creșterea productivității persoanelor și familiilor lor;- întreaga populație a României – prin asigurarea unei dezvoltări normale a copiilor, îmbunătățirea nivelului de educație pentru sănătate și respectiv de conștientizare asupra factorilor de risc, scăderea riscului infecțios privind unele boli transmisibile.Din considerentele sus-menționate, Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate are un impact social major asupra întregii populații a României, prin acoperirea nevoii de sănătate pentru categorii largi de persoane, inclusiv pentru persoane vulnerabile. Implementarea programelor naționale de sănătate are ca deziderat pe termen lung diminuarea diferențelor în starea de sănătate între România și UE și între grupuri defavorizate și situația medie națională. |
| 4.Impactul asupra mediului | Nu e cazul |
| 5. Alte informaţii | Nu au fost identificate. |
| **Secţiunea a 4-a****Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât şi pe termen lung (pe 5 ani)** |
| * mii lei -
 |
| **Indicatori** | **Anul curent** | **Următorii 4 ani** | **Media pe 5 ani** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1.Modificări ale veniturilor bugetare | Actul normativ nu are impact asupra bugetului general consolidat |
| 2.Modificări ale cheltuielilor bugetare |
| 3.Impact financiar |
| 4.Propuneri pentru acoperirea creşterii cheltuielilor bugetare |
| 5.Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare |
| 6.Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor şi/sau cheltuielilor bugetare |
| 7. Alte informaţii | Nu au fost identificate. |
| **Secţiunea a 5-a****Efectele prezentului act normativ asupra legislaţiei în vigoare** |
| 1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor actului normativ:1. acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ;
2. acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziţii.
 | *a) acte normative care se abrogă ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ:*- HG nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2017 şi 2018, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică pentru anii 2017 şi 2017, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul președintelui CNAS nr. 245/2017 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2017 şi 2017, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul ministrului sănătății nr. 722/2017 pentru aprobarea machetelor fără regimm special pentru aprobarea indicatorilor specifici programelor /subprogramelor naționale de sănătate publică pentru anii 2017 și 2018.*b) acte normative care se modifică ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ:*- Ordinul președintelui CNAS nr. 299/2017 pentru aprobarea machetelor de raportare fără regim special a indicatorilor specifici şi a Metodologiei transmiterii rapoartelor aferente programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul președintelui CNAS nr. 268/2013 privind aprobarea Listei materialelor sanitare de care beneficiază bolnavii incluşi în programele naţionale de sănătate curative, finanţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul președintelui CNAS nr. 507/2015 pentru aprobarea normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă autorizați și evaluați în condițiile legii;*b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziţii:*- Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică în anul 2019;- Ordin al președintelui CNAS pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în anul 2019. |
| 2. Conformitatea actului normativ cu legislaţia comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare. | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 4. Hotărâri ale Curţii de Justiţie a Uniunii Europene | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 5. Alte acte normative şi/sau documente internaţionale din care decurg angajamente | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 6. Alte informaţii | Nu au fost identificate. |
| **Secţiunea a 6-a****Consultările efectuate în vederea elaborării actului normativ** |
| 1.Informaţii privind procesul de consultare cu organizaţii neguvernamentale, institute de cercetare şi alte organisme implicate | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 2.Fundamentarea alegerii organizaţiilor cu care a avut loc consultarea, precum şi a modului în care activitatea acestor organizaţii este legată de obiectul actului normativ | Actul normativ nu se referă la acest subiect |
| 3.Consultările organizate cu autorităţile administraţiei publice locale, în situaţia în care proiectul de act normativ are ca obiect activităţi ale acestor autorităţi, în condiţiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităţilor administraţiei publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 4.Consultările desfăşurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente | Actul normativ nu se referă la acest subiect. |
| 5.Informaţii privind avizarea de către:a) Consiliul Legislativb) Consiliul Suprem de Apărare a Ţăriic) Consiliul Economic şi Sociald) Consiliul Concurenţeie) Curtea de Conturi | Proiectul prezentului act normativ se supune avizării Consiliului Legislativ.Este necesar aviz CES |
| 6. Alte informaţii | Nu au fost identificate. |
| **Secţiunea a 7-a****Activităţi de informare publică privind elaborarea şi implementarea actului normativ** |
| 1.Informarea societăţii civile cu privire la necesitatea elaborării actului normativ | Pentru prezenta hotărâre a fost îndeplinită procedura privind transparenţa decizională în administraţia publică, prevăzută de Legea nr. 52/2003, acesta fiind publicat pe pagina de Internet a Ministerului Sănătății. |
| 2.Informarea societăţii civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării prezentului act normativ, precum şi efectele asupra sănătăţii şi securităţii cetăţenilor sau diversităţii biologice | Informarea societăţii civile s-a realizat în perioada de consultărilor publice. |
| 3. Alte informaţii | Nu au fost identificate. |
| **Secţiunea a 8-a****Măsuri de implementare** |
| 1.Măsurile de punere în aplicare a prezentului act normativ de către autorităţile administraţiei publice centrale şi/sau locale, înfiinţarea unor noi organisme sau extinderea competenţelor instituţiilor existente. | Nu se prevede înfiinţarea de noi organisme de stat pentru punerea în aplicare a prezentei hotărâri. |
| 2.Alte informaţii | Nu au fost identificate. |

În acest sens, a fost întocmit proiectul de Hotărâre a Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate, pe care îl supunem spre aprobare.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ministrul Sănătăţii****SORINA PINTEA** |  |
| ***Avizăm favorabil:*****p.Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate****Răzvan Teohari VULCĂNESCU****Vicepreședinte****Ministrul Finanţelor Publice****EUGEN ORLANDO TEODOROVICI****Viceprim-ministru pentru implementarea parteneriatelor strategice ale României, interimar****Ministrul Justiției**  **ANA BIRCHALL** |
|

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 |

**HOTĂRÂRE**

**PRIVIND APROBAREA PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE**

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

     Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

**Art. 1. -** (1) Se aprobă programele naţionale de sănătate, precum şi structura şi obiectivele acestora, prevăzute în anexa nr.1.

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

a) de către Ministerul Sănătăţii pentru programele naţionale de sănătate publică;

b) de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pentru programele naţionale de sănătate curative.

(3) Programele naţionale de sănătate publică derulate de Ministerul Sănătăţii sunt prevăzute la lit. A din anexa nr. 1.

(4) Programele naţionale de sănătate curative derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt prevăzute la lit. B din anexa nr. 1.

**Art. 2. -** Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, denumite în continuare norme tehnice, se aprobă după cum urmează:

a) prin ordin al ministrului sănătăţii, pentru programele naţionale de sănătate publică;

b) prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătăţii, pentru programele naţionale de sănătate curative.

**Art. 3. -** (1) Programele naţionale de sănătate publică se finanţează din bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătăţii.

(2) Programele naţionale de sănătate curative se finanţează de la bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond.

(3) Programele naţionale de sănătate prevăzute la alin. (1) și (2) se finanțează și din fonduri externe rambursabile şi nerambursabile, din venituri proprii, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, precum şi din alte surse, în condiţiile legii.

(4) Sumele alocate pentru implementarea programelor naţionale de sănătate sunt aprobate anual prin Legea bugetului de stat, potrivit prevederilor Legii nr. 500/2002 privind finanţele publice, cu modificările şi completările ulterioare.

(5) Repartiția fondurilor alocate pentru implementarea fiecărui program naţional de sănătate publică sau curativ este prevăzută în normele tehnice.

**Art. 4. -** (1) Programele naţionale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătăţii cu participarea Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

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

(3) Includerea unităţilor de specialitate în programele naţionale de sănătate se realizează pe baza unor criterii elaborate la propunerea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi a unei metodologii de selecţie care se aprobă prin normele tehnice, cu încadrare în limita fondurilor aprobate.

(4) Unităţile de specialitate sunt:

a) instituţii publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

c) furnizori privaţi de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacităţii furnizorilor publici de servicii medicale; selecţia furnizorilor privaţi de servicii medicale se realizează potrivit prevederilor alin. (3);

d) furnizori privaţi de medicamente, dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive.

**Art. 5. -** (1) Implementarea programelor naționale de sănătate publică se realizează prin instituţii publice și furnizori publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății, prin furnizori publici de servicii medicale din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale şi a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum şi prin furnizori privați de servicii medicale, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

(2) Instituţiile publice, precum și furnizorii publici de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătății asigură implementarea programelor naționale de sănătate publică prin intermediul structurilor proprii.

(3) Direcţiile de sănătate publică asigură şi coordonarea, monitorizarea şi controlul implementării programelor naţionale de sănătate publică derulate în baza contractelor încheiate cu instituţii publice, furnizori publici de servicii medicale din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale şi a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum şi cu furnizori privaţi de servicii medicale, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

(4) Implementarea programelor naționale de sănătate curative se realizează prin unităţile de specialitate prevăzute la art. 4 alin (4) în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

(5) Pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu unitățile de specialitate prevăzute la art. 4 alin. (4) numai în condițiile în care acestea derulează relații contractuale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(6) Prin excepție de la prevederile alin. (5), casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte pentru implementarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice sau aProgramului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică cu furnizori de servicii medicale care sunt organizați și funcționează în condițiile prevăzute prin actele normative în vigoare și care au structură aprobată pentru furnizarea acestor tipuri de servicii medicale.

**Art. 6. -** (1) Raporturile dintre direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prevăzute la art. 5 alin. (3) și (4) sunt raporturi juridice civile, care vizează acţiuni multianuale, ce se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie a fiecărui an calendaristic. În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate şi stipulate în acte adiţionale, potrivit şi în limita prevederilor legale în vigoare.

(2) Modelele de contracte pentru implementarea programelor naţionale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

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

(4) Direcțiile de sănătate publică, respectiv casele de asigurări de sănătate comunică termenele de depunere a cererilor, însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor pentru implementarea programelor naţionale de sănătate, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afişare la sediile instituţiilor, publicare pe paginile web ale acestora şi anunţ 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.

(5) În cazul în care unitățile de specialitate depun cererile însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite şi comunicate de către direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate şi nu participă la încheierea contractelor în termenele stabilite acestea nu vor mai realiza implementarea programelor naționale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepţia situaţiilor ce constituie cazuri de forţă majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii şi notificate de îndată direcției de sănătate publică sau casei de asigurări de sănătate, după caz.

(6) Direcțiile de sănătate publică sau casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologiile şi dispozitivele asistive şi altele asemenea în limita fondurilor aprobate pentru implementarea fiecărui program naţional de sănătate.

(7) În vederea intrării în relaţie contractuală cu direcțiile de sănătate publică pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică unitățile de specialitate au obligaţia de a depune documentele prevăzute în normele tehnice, prezentate în copie certificată pentru conformitate cu originalul prin semnătura reprezentantului legal al unităţii de specialitate, pe fiecare pagină.

(8) În vederea intrării în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative unitățile de specialitate au obligaţia de a depune documentele prevăzute în normele tehnice.

(9) Documentele necesare încheierii contractelor cu casele de asigurări de sănătate pentru implementarea programelor nationale de sănătate curative se transmit în format electronic asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea şi exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor.

(10) Documentele solicitate în procesul de contractare existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi transmise la încheierea contractelor, cu excepţia documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată, care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă/calificată.

**Art. 7. -** (1) Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează de către unitățile de specialitate cu încadrarea în limita fondurilor alocate cu această destinație.

(2) Ministerul Sănătății, în calitate de ordonator principal de credite, repartizează creditele de angajament şi creditele bugetare aprobate în vederea implementării programelor naționale de sănătate publică pentru bugetele instituţiilor publice și ale furnizorilor publici de servicii medicale din subordine, ai căror conducători sunt ordonatori secundari sau terţiari de credite, după caz, cu încadrarea în limita bugetului aprobat.

(3) Sumele prevăzute în bugetul direcțiilor de sănătate publică se utilizează pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică în condițiile prevăzute la art. 5 alin. (2) sau se alocă altor instituţii publice, furnizorilor de servicii medicale din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale şi a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum şi furnizorilor privați de servicii medicale, după caz, în baza contractelor încheiate cu aceștia.

(4) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate fondurile destinate implementării programelor naţionale de sănătate curative, în baza indicatorilor fizici şi de eficienţă realizaţi în anul precedent.

(5) Sumele prevăzute în bugetul Fondului pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative se alocă în baza contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate.

**Art. 8. -** (1) Creditele de angajament și bugetare alocate pentru implementarea programelor naţionale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale instituțiilor publice sau furnizorilor publici de servicii medicale, respectiv în veniturile furnizorilor privaţi de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale. tehnologii şi dispozitive asistive și altele asemenea prin care acestea se implementează.

(2) Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia de a publica pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli şi execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli, detaliat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate implementate.

**Art. 9. -** (1) Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligaţia de a efectua numai cheltuieli eligibile prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita creditelor de angajament aprobate, precum și obligația de a utiliza creditele bugetare numai în limita prevederilor şi a destinaţiilor aprobate.

 (2) Cheltuielile eligibile efectuate de unitățile de specialitate pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică se finanțează lunar, la solicitările unităţilor de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate, întocmite în baza cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate care implementează programele, certificate pentru realitatea, regularitatea și legalitatea datelor prin semnătura reprezentanţilor legali, însoţite de borderoul centralizator al bunurilor şi serviciilor achiziţionate, al cheltuielilor de personal efectuate în condițiile legii pentru realizarea activităților prevăzute în cadrul programelor sau, după caz, al serviciilor realizate şi raportate, în conformitate cu prevederile normelor tehnice și cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(3) Sumele aprobate pentru decontarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive şi altora asemenea eliberate şi a serviciilor medicale efectuate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate, însoţite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice, cu încadrarea în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(~~4~~) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor de specialitate aflate în relaţie contractuală pentru implementarea programelor naţionale de sănătate curative contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor, dispozitivelor asistive şi altora asemenea acordate potrivit contractului încheiat, pe bază de documente justificative, certificate pentru realitatea, regularitatea și legalitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai unităţilor de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate curative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

(5) Finanțarea cheltuielilor eligibile efectuate de unitățile de specialitate pentru implementarea programelor naționale de sănătate se realizează la nivelul:

1. tarifului/serviciu medical prevăzut în normele tehnice;
2. tarifului/serviciu achiziționat în condițiile legii de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate;
3. prețului de decontare aprobat în condițiile legii pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive care se acordă beneficiarilor programelor naționale de sănătate prin farmaciile cu circuit deschis;
4. prețului de achiziție al bunurilor achiziționate în condițiile legii de către unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate, care pentru medicamentele acordate prin farmaciile cu circuit închis nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii;
5. cheltuielilor cu salariile, sporurile, indemnizaţiile şi alte drepturi salariale în bani, precum şi a contribuţiilor aferente acestora pentru personalul care desfășoară activități prevăzute în normele tehnice, stabilite în condițiile legii de ordonatorul de credite al unității de specialitate care implementează programele naționale de sănătate.

**Art. 10. -** (1) Finanțarea unităților de specialitate în vederea efectuării de către acestea a plăților pentru cheltuielile eligibile înregistrate în cadrul programelor naționale de sănătate publică se realizează cu încadrarea în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinaţie, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor prevăzute la art. 9 alin. (2), cu excepția cheltuieilor prevăzute la art. 9 alin. (5) lit. e) care se finanțează într-un termen de până la 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor în vederea finanțării;

(2) Decontarea pentru programele naţionale de sănătate curative se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinaţie, în ordine cronologică, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate şi acordării vizei de "bun de plată", cu excepţia serviciilor de dializă şi 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 şi acordării vizei de "bun de plată".

**Art. 11.** -(1) Instituţiile publice și furnizorii publici de servicii medicale care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului.

(2) Furnizorii privaţi de servicii medicale care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program naţional de sănătate, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului.

(3) Unităţile de specialitate care implementează programe naţionale de sănătate au obligaţia să raporteze şi să înregistreze activitatea realizată în registrele naţionale ale bolnavilor cu afecţiuni cronice incluse în cadrul acestora, în formatul şi în condiţiile prevăzute de actele normative în vigoare, începând cu data la care acestea sunt operaționale.

**Art. 12.** -(1) Ordonatorii de credite ai unităților de specialitate care implementează programele naționale de sănătate publică răspund de implementarea și monitorizarea activităților prevăzute în normele tehnice, de corectitudinea și raportarea indicatorilor realizați în procesul implementării programelor naționale de sănătate publică, precum și de asigurarea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor aprobate pentru implementarea acestora.

(2) Controlul derulării programelor naţionale de sănătate publică se exercită de către structura cu atribuții de control din cadrul Ministerului Sănătăţii.

(3) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, prin casele de asigurări sociale de sănătate judeţene şi a municipiului Bucureşti, respectiv prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, răspunde de asigurarea, evidenţierea şi controlul utilizării fondurilor aprobate, precum şi de monitorizarea, controlul şi analiza indicatorilor fizici şi de eficienţă pentru programele naţionale de sănătate curative.

(4) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate transmite structurii cu atribuţii în elaborarea şi coordonarea programelor naţionale de sănătate din cadrul Ministerului Sănătăţii, trimestrial, anual şi ori de câte ori este nevoie, indicatorii fizici şi de eficienţă pentru programele naţionale de sănătate curative, precum şi modul în care acestea sunt derulate.

**Art. 13.** -(1) Angajamentele legale încheiate în exerciţiul curent din care rezultă obligaţii nu pot depăşi creditele de angajament sau creditele bugetare aprobate anual prin legea bugetului de stat.

(2) Creditele bugetare aferente acţiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanţate şi plătite în cursul exerciţiului bugetar. Plăţile sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exerciţiul bugetar curent sau în exerciţiile bugetare anterioare.

(3) Sumele nedecontate pentru medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive și altele asemenea utilizate în programele naţionale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi sumele nedecontate pentru servicii de dializă şi 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 şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent din creditele bugetare aprobate.

(4) Angajamentele legale aferente medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și altor asemenea utilizate pentru fiecare program naţional de sănătate curativ în tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, precum şi pentru servicii de dializă, efectuate în luna decembrie si pentru care documentele justificative nu au fost inregistrate pe cheltuiala anului precedent la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu pot depăşi media lunară a primelor 11 luni ale aceluiaşi an.

**Art. 14**. - (1) Acordarea serviciilor medicale, inclusiv prescrierea şi eliberarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistative și altor asemenea în cadrul unităților de specialitate care implementează programe naționale de sănătate se poate realiza concomitent cu furnizarea altor servicii medicale incluse în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală spitalicească.

(2) Serviciile medicale acordate în condițiile alin. (1) sunt validate și decontate din bugetul programelor naţionale de sănătate curative.

(3) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), dacă pacientul necesită transport medicalizat, unitatea sanitară în care bolnavul este internat în regim de spitalizare continuă suportă contravaloarea transportului medicalizat al acestuia în vederea efectuării serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naţionale de sănătate cu scop curativ.

**Art. 15. -** (1) Ministerul Sănătăţii, în calitatea sa de unitate de achiziţii publice centralizată, desemnată în condiţiile legii, efectuează, la nivel naţional, achiziţii centralizate de medicamente, materiale sanitare, servicii, combustibili şi lubrifianţi pentru parcul auto pentru implementarea programelor naţionale de sănătate nominalizate prin normele tehnice.

(2) Ca urmare a achiziţiilor centralizate prevăzute la alin. (1), unitatea de achiziţii publice centralizată încheie acorduri-cadru în numele şi pentru instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale din reţeaua Ministerului Sănătăţii şi reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale, precum şi pentru furnizorii publici de servicii medicale din subordinea ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii, la solicitarea acestora.

(3) În baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achiziţii publice centralizată, instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale încheie şi derulează contracte subsecvente, cu avizul Ministerului Sănătăţii.

(4) Până la finalizarea achiziţiilor centralizate la nivel naţional prin semnarea contractelor subsecvente cu ofertanţii desemnaţi câştigători, medicamentele, materialele sanitare, serviciile, combustibilii şi lubrifianţii pentru parcul auto, necesari pentru implementarea programelor naţionale de sănătate, se achiziţionează de instituțiile publice și furnizorii de servicii medicale care implementează programul, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, la preţul de achiziţie, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

(5) Achiziţionarea medicamentelor, materialelor sanitare, serviciilor, combustibililor şi lubrifianţilor pentru parcul auto, necesari pentru implementarea programelor naţionale de sănătate cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (1), se realizează de instituțiile publice și furnizorii publici de servicii medicale prin care se implementează programul, cu respectarea legislaţiei în domeniul achiziţiei publice, la preţul de achiziţie, care, în cazul medicamentelor, nu poate depăşi preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

**Art. 16.** -(1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive și altele asemenea eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, se suportă la nivelul preţului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se DCI, iar în cazuri justificate medical, în fişa medicală a pacientului, în cazul produselor biologice, precum şi în cazul medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menţionarea în prescripţie şi a DCI corespunzătoare.

(2) Lista denumirilor comerciale, a preţurilor de decontare a medicamentelor şi a metodologiei de calcul al acestora, care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, corespunzătoare DCI cuprinse în sublista C secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(3) Pentru medicamentele autorizate, care au primit preţ şi au fost listate în Catalogul naţional al preţurilor medicamentelor autorizate de punere pe piaţă în România (CANAMED), deţinătorul de autorizaţie de punere pe piaţă este obligat să asigure medicamentul pe piaţă în cantităţi suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor, de la data avizării preţului.

(4) În situaţia în care se constată că deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu asigură prezenţa medicamentelor pe piaţă, 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 piaţă, de către instituţiile abilitate, precum şi la sesizarea Agenţiei Naţionale a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale.

(5) Pentru DCI-urile incluse condiţionat în anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, în lista prevăzută la alin. (2) se includ denumirile comerciale prevăzute în contractele cost-volum, încheiate între deţinătorii autorizaţiilor de punere pe piaţă/reprezentanţii legali ai acestora şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(6) Pentru asigurarea accesului la tratament al bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a elibera medicamente, materiale sanitare dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și altele asemenea la nivelul preţului de decontare, fără a încasa contribuţie pentru acest preț de la asiguraţi.

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

(8) Medicamentele pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienţii cu transplant hepatic se acordă prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează programul.

(9) Medicamentele prescrise pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecţiuni oncologice incluşi în Programul naţional de oncologie se eliberează după cum urmează:

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

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

(10) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive și altele asemenea care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, boli neurologice, diabet zaharat cuprinşi în unele programe naţionale de sănătate, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripţie medicală electronică/file de condică. În vederea decontării contravalorii acestora, prescripţiile medicale electronice off-line/file de condică se transmit la casele de asigurări de sănătate, împreună cu borderoul centralizator cu evidenţe distincte pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate.

(11) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA şi tuberculoză se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparţinând unităţilor sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripţie medicală/condică medicală.

**Art. 17. -** (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

(3) Farmaciile cu circuit deschis sunt obligate să elibereze testele de automonitorizare a glicemiei bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratat la preţul de decontare aprobat în condiţiile legii.

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

**Art. 18. -** (1) Prescripţia medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea în tratamentul ambulatoriu a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, precum şi a medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și altor asemenea ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative; modelul prescripţiei medicale electronice şi normele metodologice privind utilizarea şi modul de completare al acesteia se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare a medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și altor asemenea ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate, utilizând prescrierea electronică, se stabilesc prin normele tehnice. Prescrierea electronică a medicamentelor și dispozitivelor medicale ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative se face on-line şi numai în situaţii justificate prescrierea se face off-line.

(3) Toţi furnizorii de servicii medicale şi medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și alte asemenea aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligaţi să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și alte asemenea ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.

(4) Asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

**Art. 19. -** Obligaţiile unităţilor de specialitate aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative, sancţiunile precum şi condiţiile de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor sunt prevăzute in anexa nr. 2.

**Art. 20. -** (1) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţii contractuale cu furnizorii pentru finanţarea programelor de sănătate curative au următoarele obligaţii:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi şi care au îndeplinit criteriile din chestionarele de evaluare prevăzute în normele tehnice, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitaliceşti, în condiţiile legii, precum şi cu furnizorii de servicii de dializă, respectiv furnizorii de servicii de radioterapie şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, iar în cazul contractelor care au prevăzută o sumă, ca valoare de contract, sa fie distinctă pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, potrivit legii;
2. să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise pe suport hârtie/în format electronic, după caz, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate de casele de asigurări de sănătate potrivit reglementărilor legale în vigoare, inclusiv din punct de vedere financiar, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face în sistem electronic;
3. să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului, precum şi cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
4. să informeze în prealabil furnizorii cu privire la derularea programelor/subprogramelor de sănătate curative şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de derulare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
5. să efectueze, prin structurile de control proprii sau ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relaţie contractuală, potrivit prevederilor normelor tehnice;
6. să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum şi informaţiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională 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 Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
7. să recupereze de la furnizorii care derulează programe naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive și altor asemenea sau investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat de acestea, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor sau materialelor sanitare specifice expirate;
8. să trimită spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
9. să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive şi altele asemenea acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și altele asemenea acordate pe teritoriul României;
10. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive şi altor asemenea acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt.
11. să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii, cu respectarea confidenţialităţii datelor personale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data refuzului; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regularize;

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative, pe lângă obligaţiile prevăzute la alin. (1), au obligaţia de a publica pe site-ul propriu, la termenul prevăzut în normele tehnice, bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate curative pe care le derulează, precum şi execuţia înregistrată pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare unitate de specialitate cu care se află în relaţie contractuală.

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

**Art. 21. -** (1) Pentru realizarea atribuţiilor şi activităţilor prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate pot aplica prevederile art. 52 alin. (3) - (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

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

**Art. 22. -** (1) Asigurarea asistenţei tehnice şi managementului programelor naţionale de sănătate publică se realizează prin unităţi de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale organizate ca structuri fără personalitate juridică din cadrul instituţiilor publice din subordinea Ministerului Sănătăţii.

(2) Unităţile de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate se pot înfiinţa la nivel naţional sau regional, după caz.

(3) În cadrul unei instituţii publice din subordinea Ministerului Sănătăţii se înfiinţează o singură unitate de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate care poate asigura asistenţă tehnică şi management pentru unul sau mai multe programe naţionale de sănătate publică, după caz.

(4) Desemnarea instituţiilor publice din subordinea Ministerului Sănătăţii în cadrul cărora se organizează unităţile de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate, structura organizatorică, atribuţiile acestora, precum şi orice alte condiţii necesare funcţionării lor se aprobă în condiţiile art. 57 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

(5) Cheltuielile privind organizarea şi funcţionarea unităţilor de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate sunt incluse în sumele alocate programelor naţionale de sănătate publică.

(6) Pentru realizarea atribuţiilor de asistenţă tehnică şi management al programelor naţionale de sănătate, instituţiile publice prevăzute la alin. (1) pot aplica prevederile art. 57 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare.

**Art. 23. -** (1) Ministerul Sănătăţii poate încheia contracte cu unităţile aflate sub autoritatea sa, în condiţiile prevăzute de legislaţia din domeniul achiziţiilor publice.

(2) Contractele prevăzute la alin. (1), încheiate între Ministerul Sănătăţii şi unităţile aflate sub autoritatea sa, precum şi contractele încheiate pentru bunurile şi serviciile necesare implementării unor programe naţionale de sănătate publică pentru care Ministerul Sănătăţii organizează licitaţii la nivel naţional sunt atribuite de compartimentul intern specializat în domeniul achiziţiilor publice. Monitorizarea şi derularea contractelor se realizează de către structurile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

**Art. 24. -** (1) Realizarea vaccinării copiilor din grupele eligibile, stabilite potrivit calendarului naţional de vaccinare, precum şi realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătăţii sau direcţiile de sănătate publică drept măsuri de sănătate publică sau în situaţii epidemiologice cu risc crescut de îmbolnăvire sunt obligatorii pentru toţi medicii de familie.

(2) Pentru realizarea activităţilor prevăzute la alin. (1), precum şi a celor din cadrul Programului naţional de sănătate a femeii şi copilului finanţate de la bugetul alocat Ministerului Sănătăţii, pentru care se efectuează achiziţii centralizate la nivel naţional, furnizorii de servicii medicale care implementează programe naţionale de sănătate publică sau autorităţile administraţiei publice locale pot primi produsele achiziţionate în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică, în condiţiile prevăzute prin normele tehnice.

**Art. 25. -** La implementarea programelor naţionale de sănătate publică sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de bunuri reprezentate prin: medicamente, materiale sanitare, reactivi, dezinfectanți şi altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate potrivit prevederilor normelor tehnice.

**Art. 26. -** În vederea derulării în bune condiţii a programelor naţionale de sănătate, în urma analizei trimestriale ale indicatorilor raportați şi în funcţie de realizarea obiectivelor şi activităţilor propuse se stabileşte modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

**Art. 27. -** În cadrul Subprogramului de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară la copii şi adulţi şi Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom) la copii şi adulţi, probele pentru investigaţiile paraclinice decontate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative care nu se recoltează la furnizorii de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, dar sunt transmise la aceştia, însoţite de referatul de solicitare, al cărui model este prevăzut în norme, nu este necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate. Decontarea acestor servicii se realizează furnizorilor de servicii medicale nominalizaţi în normele tehnice care au efectuat diagnosticarea şi monitorizarea leucemiilor acute, fără a fi necesară prezentarea cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.

**Art. 28. -** (1) Pentru tehnica de calcul şi programele informatice achiziţionate în vederea derulării Programului naţional privind evaluarea stării de sănătate a populaţiei în asistenţa medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcţiile de sănătate publică şi cabinetele de medicină de familie.

(2) Tehnica de calcul şi programele informatice atribuite în folosinţă gratuită cabinetelor de medicină de familie în condiţiile prevăzute la alin. (1) se utilizează pentru monitorizarea persoanelor incluse în programele naţionale de sănătate, precum şi pentru derularea unor programe naţionale 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 iniţiază procedurile de clasare şi declasare potrivit prevederilor legale în vigoare.

**Art. 29. -** (1) În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea Platformei informatice din asigurările de sănătate, denumită în continuare PIAS, constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicare pe site-ul propriu, serviciile medicale asigurate bolnavilor în cadrul programelor naţionale de sănătate curative se acordă în regim off-line. Transmiterea în PIAS, de către furnizorii de servicii medicale care derulează programe naţionale de sănătate curative, a serviciilor medicale acordate în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS şi a serviciilor medicale acordate off-line anterior producerii întreruperii care aveau termen de transmitere pe perioada întreruperii, conform prevederilor contractuale, se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.

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

**Art. 30. -** (1) În situaţia producerii unor întreruperi în funcţionarea PIAS constatate şi comunicate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin publicarea pe site-ul propriu, furnizorii de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și altele asemenea eliberează în sistem off-line medicamentele sau materialele sanitare specifice din prescripţiile medicale on-line şi off-line, în condiţiile prevăzute de norme. În aceste situaţii medicamentele sau materialele sanitare prescrise nu se eliberează fracţionat. Transmiterea în PIAS, de către furnizori a medicamentelor sau materialelor sanitare specifice eliberate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative în regim off-line pe perioada întreruperii PIAS se face până la sfârşitul lunii în curs sau cel târziu până la termenul de raportare a activităţii lunii anterioare prevăzut în contract.

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

**Art. 31. -** Serviciile medicale, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale tehnologiile sau dispozitivele asistive și altele asemenea acordate sau, după caz, eliberate off-line în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, la care se înregistrează erori în utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate în perioada de întrerupere a funcţionării sistemului naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate, se validează strict pentru aceste erori.

**Art. 32. -** Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activităţii lunare prevăzut în contract, pentru ziua, sau dup caz, zilele în care sunt constatate întreruperi în funcţionarea PIAS în condiţiile art. 29-31. Ordinul cuprinde procedura de transmitere în PIAS a serviciilor acordate off-line şi/sau procedura de validare a acestora în cazul imposibilităţii de a utiliza on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate - parte componentă a PIAS -, ca urmare a întreruperii funcţionării acestuia, şi se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la adresa [www.cnas.ro](http://www.cnas.ro).

**Art. 33.** - Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia să respecte prevederile Regulamentului UE 2016/679 al Parlamentului European și al Cosiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal şi protecţia vieţii private în sectorul comunicaţiilor electronice, cu modificările şi completările ulterioare.

**Art. 34. -** (1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iulie 2019.

(2) Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive și altele asemenea pentru anii 2017 - 2018 se pot prelungi prin acte adiţionale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actele adiţionale va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pentru anul 2019.

**Art. 35 -** Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

**Anexa nr. 1**

**STRUCTURA
PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE ŞI OBIECTIVELE ACESTORA**

**A. PROGRAME NAŢIONALE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ FINANŢATE DIN BUGETUL MINISTERULUI SĂNĂTĂŢII**

**Structură:**

**I. Programele naţionale de boli transmisibile**

**1. Programul naţional de vaccinare**

Obiectiv:

Protejarea sănătăţii populaţiei împotriva principalelor boli transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinarea:

1. populaţiei la vârstele prevăzute în calendarul naţional de vaccinare;
2. grupelor populaţionale la risc.

**2. Programul naţional de supraveghere şi control a bolilor transmisibile prioritare**

Obiectiv:

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

**3. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control a infecţiei HIV/SIDA**

Obiective:

1. reducerea răspândirii infecţiei HIV/SIDA prin acțiuni specifice de prevenire, precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecţia HIV/SIDA şi a persoanelor infectate HIV simptomatice;
2. reducerea morbidităţii asociate cu infecţia HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecţie HIV/SIDA;
3. dezvoltarea și adoptarea de metodologii de lucru pentru testarea HIV în comunitate.

**4. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei**

  Obiective:

1. reducerea prevalenţei şi a mortalităţii TB;
2. menţinerea unei rate de depistare a cazurilor noi de TB pulmonară pozitivă la microscopie;
3. tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;
4. menţinerea ratei de succes terapeutic la cazurile noi pozitive de TB pulmonară.

**5. Programul naţional de supraveghere şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale şi a rezistenţei microbiene, precum şi de monitorizare a utilizării antibioticelor**

  Obiectiv:

  Creşterea calităţii serviciilor medicale şi siguranţei pacientului prin reducerea riscului de apariţie a infecţiilor asociate asistenţei medicale.

**II. Programul naţional de monitorizare a factorilor determinanţi din mediul de viaţă şi muncă**

  Obiectiv:

  Protejarea sănătăţii publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc determinanţi din mediul de viaţă şi muncă.

**III. Programul naţional de securitate transfuzională**

  Obiectiv:

  Asigurarea cu sânge şi componente sanguine, în condiţii de maximă siguranţă şi cost-eficienţă.

**IV. Programele naţionale de boli netransmisibile**

**1. Programul naţional de depistare precoce a cancerului în regim de screening organizat**      Obiective:

     Reducerea poverii cancerului în populaţie prin depistarea în faze incipiente de boală.

     Structură:

1. Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeş-Papanicolaou la populaţia feminină eligibilă, în regim de screening populațional;

2. Subprogram de depistare precoce a cancerului prin determinarea markerilor tumorali la pacienții din grupele de risc, în regim de screening selectiv.

**2. Programul naţional de sănătate mintală şi profilaxie în patologia psihiatrică**

     Obiective:

1. prevenirea depresiei şi suicidului;
2. promovarea sănătăţii mintale la locurile de muncă;
3. asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii şi adolescenţi;
4. creşterea capacităţii sistemului de a aborda problematica consumului de alcool prin elaborarea şi implementarea de intervenţii specifice;
5. creșterea nivelului de competențe ale specialiștilor care lucrează cu persoane cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate și al calității serviciilor medicale acordate acestora;
6. creșterea nivelului de abilități și cunoștințe ale părinţilor şi familiilor persoanelor cu tulburări din spectrul autist şi cu tulburări de sănătate mintală asociate.

**3. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană**

     Obiective:

1. creşterea numărului de donatori vii, de donatori aflaţi în moarte cerebrală, precum şi de donatori fără activitate cardiacă;
2. creșterea accesului bolnavilor cu indicație pentru transplant la proceduri de transplant de de organe, ţesuturi şi/sau celule de origine umană;
3. dezvoltarea şi gestionarea unei baze de date informatice pe teritoriul României privind persoanele fizice care şi-au dat acceptul pentru a dona celule stem hematopoietice;
4. tratamentul infertilităţii cuplului.

     Structură:

1. Subprogramul de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană;

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

3. Subprogramul de fertilizare in vitro şi embriotransfer.

 **4. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc**

Obiectiv:

Îmbunătățirea depistării deficitului de vitamină D la pacienții din grupele de risc.

**5. Programul naţional de tratament dietetic pentru boli rare**

     Obiectiv:

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

**6. Programul naţional de management al registrelor naţionale**

     Obiectiv:

     Dezvoltarea, implementarea şi managementul registrelor naţionale ale bolnavilor cronici.

**V. Programul naţional de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate**

     Obiectiv:

     Îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei prin promovarea unui stil de viaţă sănătos şi combaterea principalilor factori de risc:

     Structură:

1. Subprogramul de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate;

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

**VI. Programul naţional de sănătate a femeii şi copilului**

     Obiective:

1. îmbunătăţirea stării de sănătate a copilului;
2. îmbunătăţirea stării de sănătate a femeii;

     Structură:

1. Subprogramul de nutriţie şi sănătate a copilului;

2. Subprogramul de sănătate a femeii.

**B. PROGRAME NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE FINANŢATE DIN BUGETUL FONDULUI NAŢIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE**

**Structură:**

**I. Programul naţional de boli cardiovasculare**

  Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afecţiuni cardiovasculare prin:

1. proceduri de cardiologie intervenţională;
2. proceduri de chirurgie cardiovasculară;
3. proceduri de chirurgie vasculară;
4. proceduri de cardiologie intervenţională ale malformaţiilor cardiace.

**II. Programul naţional de oncologie**

  Obiective:

1. tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;
2. monitorizarea evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice;
3. reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;
4. diagnosticul şi monitorizarea leucemiilor acute la copii şi adulţi;
5. radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi;
6. diagnosticul genetic al tumorilor solide maligne la copii şi adulţi.

  Structură:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

2. Subprogramul național de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT;

3. Subprogramul național de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;

4. Subprogramul național de diagnostic şi de monitorizare a bolii minime reziduale a bolnavilor cu leucemii acute prin imunofenotipare, examen citogenetic şi/sau FISH şi examen de biologie moleculară la copii şi adulţi;

5. Subprogramul național de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

6. Subprogramul național de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing şi neuroblastom) la copii şi adulţi.

**III. Programul naţional de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile (**implant cohlear şi proteze auditive)

  Obiectiv:

  Tratamentul surdităţii prin proteze auditive implantabile: implant cohlear şi proteze auditive.

**IV. Programul naţional de diabet zaharat**

  Obiective:

1. prevenţia secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];
2. asigurarea tratamentului medicamentos al pacienţilor cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor medicale specifice (pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei şi materiale consumabile pentru acestea);
3. automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi (teste de automonitorizare glicemică şi sisteme de monitorizare continuă a glicemiei).

  Structură:

1. Subprogramul național de diabet zaharat tip 1;

2. Subprogramul național de diabet zaharat tip 2 şi alte tipuri de diabet zaharat: tipuri specifice si diabet gestaţional.

**V. Programul naţional de tratament al bolilor neurologice**

  Obiectiv:

  Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă.

**VI. Programul naţional de tratament al hemofiliei**

  Obiectiv:

  Tratamentul bolnavilor cu hemofilie.

**VII. Programul naţional de tratament pentru boli rare**

  Obiectiv:

  Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice.

**VIII. Programul naţional de sănătate mintală**

  Obiectiv:

Asigurarea tratamentului specific la bolnavii cu toxicodependenţă, precum şi testarea metaboliţilor stupefiantelor la aceştia.

**IX. Programul naţional de boli endocrine**

  Obiective:

  Tratamentul medicamentos al:

1. bolnavilor cu osteoporoză;
2. bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferări maligne.

Structură:

1. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu osteoporoză;

2. Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu guşă datorată carenţei de iod şi proliferări maligne.

**X. Programul naţional de ortopedie**

  Obiectiv:

  Asigurarea tratamentului:

1. bolnavilor cu afecţiuni articulare prin endoprotezare;
2. pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;
3. tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare.

**XI. Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană**

  Obiective:

1. tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienţilor cu transplant;
2. tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienţii cu transplant hepatic.

**XII. Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică**

  Obiectiv:

  Asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi prin hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice dializei peritoneale continue sau automate, la domiciliul pacienţilor.

**XIII. Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice**

  Obiectiv:

  Tratamentul pacienţilor cu insuficienţă hepatică prin epurare extrahepatică.

**XIV. Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă**

  Obiective:

Asigurarea investigaţiilor diagnostice şi a tratamentului unor afecţiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanţă.

 Structură:

1. Subprogramul național de radiologie intervenţională;

2. Subprogramul național de neurochirurgie funcțională;

3. Subprogramul național de radiochirurgie prin Gamma-Knife;

4. Subprogramul national de diagnostic şi tratament chirurgical al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos;

5. Subprogramul național de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil și adult.

**XV. Programul naţional de chirurgie spinală**.

 Obiectiv:

 Asigurarea tratamentului bolnavilor cu patologie degenerativă, deformativă, traumatică și tumorală a coloanei vertebrale prin chirurgie spinală.

**Anexa nr. 2**

**OBLIGAŢIILE UNITĂŢILOR DE SPECIALITATE AFLATE ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU FINANŢAREA PROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE, SANCŢIUNILE PRECUM ŞI CONDIŢIILE DE REZILIERE, ÎNCETARE ŞI SUSPENDARE A CONTRACTELOR**

**Art. 1. -** În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile sanitare au următoarele obligaţii sunt:

1. să furnizeze servicii medicale pacienţilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare şi să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi în normele tehnice;
2. să utilizeze fondurile primite pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ, potrivit destinaţiei acestora;
3. să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea; unităţile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate pe fiecare program/subprogram, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;
4. să întocmească şi să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, factura, însoţită de documentele justificative, în vederea decontării medicamentelor, inclusiv a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, a materialelor sanitare specifice eliberate precum şi a serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract şi a sumelor disponibile cu această destinaţie; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele şi materialele sanitare specifice din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente şi materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;
5. să întocmească evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant identificat prin codul de parafă, medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate, cantitatea şi valoarea de decontat, potrivit schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;
6. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
7. să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;
8. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative.
9. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare o raportare bilunară/lunară/trimestrială, în vederea decontării serviciilor medicale/medicamentelor/materialelor sanitare specifice contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;
10. să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
11. să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;
12. să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. k), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
13. să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;
14. să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive şi altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;
15. să informeze asiguraţii cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicaţiilor medicale şi asupra consecinţelor nerespectării acestora în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, precum şi cu privire la decontarea din Fond numai a medicamentelor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului, precum şi a materialelor sanitare specifice;
16. să verifice calitatea de asigurat, potrivit prevederilor legale în vigoare.
17. să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare atât în prevederi, cât şi în execuţie;
18. să achiziţioneze, în condiţiile legii, medicamente/materiale sanitare specifice în baza necesarului stabilit, ţinând cont de nevoile reale, consumurile realizate şi de stocurile cantitativ-valorice, în condiţiile legii, la nivelul preţului de achiziţie, care pentru medicamente nu poate depăşi preţul de decontare;

s) să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, cu evidenţe distincte, pe DCI- precum şi pe DCI-urile care fac obiectul contractelor cost-volum;

ş) să transmită caselor de asigurări de sănătate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line/copii ale foilor de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive şi altele asemenea, pentru tratamentul în ambulatoriu, însoţite de borderourile centralizatoare cu evidenţe distincte pentru fiecare program/subprogram naţional de sănătate;

t) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi numai pentru situaţii justificate prescripţia electronică off-line, pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru medicamentele şi materialele sanitare specifice care fac obiectul programelor naţionale de sănătate curative; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene privind serviciile de încredere.

ţ) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să asigure utilizarea formularului electronic de prescripţie medicală pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele şi materialele sanitare specifice care se acordă în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie. În condiţiile recomandării unor medicamente care nu se regăsesc în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, să informeze asiguraţii prin medicii curanţi/medicii prescriptori că acestea nu se decontează din Fond, putând face dovada prin semnătura asiguratului că a fost informat în acest sens;

u) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale, potrivit prevederilor legale în vigoare; în vederea asigurării tratamentului cu medicamente biologice, precum şi în cazul medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum, prescrierea acestora în foaia de observaţie clinică generală/foaia de spitalizare de zi se realizează pe denumire comercială. În situaţia în care, pentru unele medicamente prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea şi aprobarea protocolului, în condiţiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicaţiilor, dozelor şi contraindicaţiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenţei medicului prescriptor;

v) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente/materiale sanitare specifice ce se eliberează în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, serviciile prin tratament Gamma Knife, efectuate, după caz, potrivit prevederilor legale în vigoare

w) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia;

x) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line şi prescripţiile medicale cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

y) să nu raporteze în sistem DRG activităţile ce se decontează din bugetul aferent programelor naţionale de sănătate curative;

z) să asigure medicamente în cadrul programelor naţionale curative de oncologie, diabet zaharat şi hemofilie pentru pacienţii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

aa) să asigure servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive şi altele asemenea pentru pacienţii beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ab) să întocmească evidenţe distincte pentru servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive şi altele asemenea asigurate potrivit prevederilor lit. z) şi aa) şi decontate din bugetul FNUASS;

ac) să raporteze distinct, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală serviciile prevăzute la lit. z) şi aa), însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive şi altele asemenea, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare;

ad) să asigure bolnavului care se află în spitalizare continuă transportul medicalizat, după caz, în vederea efectuării serviciilor medicale asigurate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;

ae) să întocmească şi să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condiţiile pentru a beneficia de materiale sanitare în cadrul programelor naţionale curative de tratament al surdităţii prin proteze auditive implantabile, ortopedie şi boli cardiovasculare. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune

af) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate pe care le derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora.

ag) să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008, cu modificările şi completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

ah) să transmită integral toate cazurile care au beneficiat de materiale sanitare specifice in cadrul programului naţional de ortopedie, către Registrul Naţional de Endeprotezare (R.N.E.) conform Procedurii de Raportare a R.N.E., prin intermediul formularelor standardizate, cu frecventa lunara catre RNE.

**Art. 2. -** (1) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 1 lit. a) - c), e)-h), j), l), m) o)-s), u), w), y), y) aa), ad), ae), af) şi ah) în contractele încheiate casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancţiuni de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5 % din valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru programul/subprogramul respectiv;

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

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea medicamentelor/materialelor sanitare specifice/serviciilor medicale eliberate/efectuate în luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru programul/subprogramul respectiv.

(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 1 lit. v) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:

a) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru programul naţional/subprogramul respectiv.

b) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la lit. a) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea medicamentelor eliberate în luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru programul naţional/subprogramul respectiv.

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

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 1 lit. k) n), ş)- ţ), x), ab), ac), ag) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se reţine o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 3% din valoarea totală aferentă prescripţiilor medicale electronice prescrise off-line şi a prescripţiilor medicale cu regim special unic pe ţară, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, se reţine o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 5% din valoarea totală aferentă prescripţiilor medicale electronice prescrise off-line şi a prescripţiilor medicale cu regim special unic pe ţară, pentru luna în care s-a produs această situaţie.

(4) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (3) pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 1 lit. ab) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.

(5)Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului naţional curativ.

(6) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) - (3) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) şi (2).

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

**Art. 3. -** (1) Contractul încheiat de către unităţile sanitare cu paturi se suspendă printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate curative a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

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

d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a) - d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

(3) În cazul reorganizării unităţilor sanitare cu paturi, prin desfiinţarea lor şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele pentru finanţarea de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme din cadrul programului naţional de sănătate curativ, încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare, se preiau de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

**Art. 4. -** (1) Contractul încheiat de către unităţile sanitare cu paturi încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

 a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

 a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

 a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

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

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în nici un alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare.

(3) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se modifică, din motive imputabile persoanelor prevăzute la alin. (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

(4) La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la termen, excluzând forţa majoră, Furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condiţiile stipulate în prezentul contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condiţiile legii.

**Art. 5. -** Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să furnizeze medicamente/ materiale sanitare specifice /dispozitive medicale specifice pacienţilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

c) să respecte dreptul asiguraţilor de a-şi alege furnizorul care a încheiat contract pentru furnizarea de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

e) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

f) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării medicamentelor/materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

g) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligaţi să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să folosească sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; asumarea eliberării medicamentelor se face prin semnătura electronică extinsă/calificată a farmacistului, iar asumarea transmiterii celorlalte documente aferente derulării contractului se va face prin semnătura electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere;

i) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele, materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice/dispozitive medicale specifice eliberate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

j) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi, materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;

k) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

l) să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului şi înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele şi materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale 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;

m) să verifice prescripţiile medicale off-line în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice off-line, care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate;

n) să respecte modul de eliberare a medicamentelor, materialelor sanitare specifice/ dispozitivelor medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative, în condiţiile reglementărilor legale în vigoare;

o) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte potrivit prevederilor legale în vigoare; programul poate fi modificat prin act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

p) să elibereze asiguraţilor medicamentele din prescripţiile medicale şi/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative din prescripţiile medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract;

q) să anuleze DCI-urile/medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi care nu au fost eliberate, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", în faţa primitorului, pe exemplarele prescripţiei medicale electronice off-line, în condiţiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice din farmacie în cadrul sumei respective;

r) să nu elibereze medicamentele şi materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

s) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală;

ş) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

t) să elibereze medicamentele, materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv prin ordin al ministrului sănătăţii fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi; în cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât preţul de decontare, farmacia poate încasa de la asiguraţi, diferenţa de preţ rezultată dintre preţul medicamentului prescris şi preţul de decontare al acestuia; în acest sens, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare;

ţ) să nu elibereze medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuţie decât cele prevăzute în contract;

u) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului documentele modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată;

v) să elibereze medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru:

 v1) titularii cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, pentru programele naţionale curative de oncologie şi diabet zaharat, în aceleaşi condiţii ca şi pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

 v2) beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România;

 v3) pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

w) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/ dispozitivele medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, şi să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale consumul de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, însoţit de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de decontare stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ;

x) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală consumul de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi/sau materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare, la preţurile de decontare stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ;

 y) să elibereze, conform prevederilor legale în vigoare şi să întocmească evidenţe distincte în condiţiile prevăzute în norme pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum;

 z ) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat, potrivit legii;

aa) să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției medicale, potrivit prevederilor legale în vigoare.

**Art. 6. -** (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract, precum şi în cazul nerespectării obligaţiei de la art. 5 lit. n) şi ş), se aplică următoarele sancţiuni:

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

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

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

 (2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiilor prevăzute la art. 5 lit. a), c)-e), g), i)-m), o)-s), ţ), v)-y) şi aa) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(3) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. l) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuţie a obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. b) privind raportarea incorectă/incompletă a datelor referitoare la consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală în ambulatoriu din documentele necesare prezentate/transmise caselor de asigurări de sănătate în vederea decontării pentru unul sau mai multe medicamente, precum şi în cazul în care se constată eliberarea şi raportarea de medicamente expirate, trimestrial se reţine o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/medicamentelor respective, la nivelul raportării trimestriale.

(5) Casele de asigurări de sănătate informează Colegiul Farmaciştilor din România cu privire la aplicarea fiecărei sancţiuni pentru nerespectarea obligaţiei de la art. 5 lit. z) si ş), în vederea aplicării măsurilor pe domeniul de competenţă.

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

(7) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1), (2) şi (5) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative.

(8) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1), (2) şi (5) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile art. 6 se utilizează potrivit prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

**Art. 7. -** (1) Contractul de furnizare de medicamente şi materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale 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 ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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/ dispozitive medicale specifice în cadrul unor programe/subprograme naţionale de sănătate curative;

b) dacă din motive imputabile farmaciei aceasta îşi 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 autorizaţiei de funcţionare;

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 înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) la prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 6 alin. (1); pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 6 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societăţii farmaceutice/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii farmaceutice se aplică măsurile prevăzute la art. 6 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 6 alin. (2); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. l) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

h) în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice eliberate în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

i) la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. ţ).

(2) Pentru societăţile farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. f), g), şi i) - pentru nerespectarea prevederilor art. 5 lit. b), d), g), j), ţ) se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

 (3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare specifice pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încheiat între părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

**Art. 8. -** Contractul de furnizare de medicamente şi materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative încetează in următoarele situaţii:

a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

 a1) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

 a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

 a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

e) în cazul încetării contractului încheiat între aceleaşi părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

**Art. 9. -** Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente si materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice, se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) suspendarea contractului de furnizare de medicamente încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate; suspendarea contractului de furnizare de medicamente si materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice în cadrul programelor naţionale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 5 lit. u), în condiţiile în care furnizorul de medicamente si materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice;

c) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă 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. 10. -** (1) Prevederile art. 8 şi 9 referitoare la situaţiile de încetare şi suspendare a contractului se aplică societăţii farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

(2) În situaţia în care prin farmaciile excluse din contractele încheiate între societăţile farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente şi/sau materiale sanitare specifice/ dispozitive medicale specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societăţile comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuţie cuprinse în aceste contracte.

**Art. 11. -** Furnizorii de servicii medicale paraclinice are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze servicii medicale pacienţilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative, fără niciun fel de discriminare şi să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii medicale paraclinice; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi în actele normative în vigoare;

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

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate din cadrul programelor naţionale de sănătate curative, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea şi să întocmească evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de, servicii medicale, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), serviciile efectuate;

e) să întocmească şi să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate factura, însoţită de documentele justificative în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice acordate, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract şi a sumelor disponibile cu această destinaţie; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic.

f) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma din asigurările de sănătate. Furnizorii sunt obligaţi să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal.

g) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice, inclusiv la derularea programelor/subprogramelor naţionale d e sănătate curative;

i) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

j) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

k) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. j), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

l) să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative; ;

m) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: servicii medicale care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale şi servicii/documente efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare investigaţiei;

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

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în prezenta hotărâre şi normele tehnice;

p) să afişeze într-un loc vizibil, programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, serviciile medicale paraclinice cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate, precum şi programul de lucru pe care trebuie să-l respecte şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate; informaţiile privind serviciile medicale paraclinice şi tarifele corespunzătoare serviciilor medicale paraclinice sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

q) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

r) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este un formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate; investigaţiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Furnizorul efectuează investigaţii paraclinice pe baza biletului de trimitere, emis de catre un medic aflat in relatie contractuala cu acceasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla si furnizorul

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

ş) să efectueze investigaţia PET-CT numai în baza deciziei de aprobare emise de comisia de experţi de pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; valabilitatea deciziei de aprobare este de 45 de zile calendaristice;

t) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro si au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

ţ) să asigure mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice, potrivit specificaţiilor tehnice, cu firme avizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 15189;

u) să consemneze rezultatele şi să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor PET-CT, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului;

v) să asigure prezenţa 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 şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezenţa unui medic de radiologie şi imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru; să asigure prezenţa unui medic cu specialitate anatomopatologie pentru fiecare laborator de anatomopatologie/punct de lucru din structura sa pentru cel puţin o normă pe zi, respectiv de 6 ore.

w) 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;

x) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi intervalele biologice de referinţă ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189;

y) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical organizate potrivit Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;

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

aa) să asigure acordarea de servicii medicale paraclinice beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ab) să întocmească evidenţe distincte şi să le raporteze, însoţite de copii ale documentelor, în vederea decontării serviciile medicale paraclinice acordate şi decontate din bugetul Fondului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, respectiv pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

ac) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele/subprogramele naţionale de sănătate pe care le derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora;

ad) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, potrivit contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

**Art. 12. -** (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligaţiilor prevăzute la art. 11 lit. a), b), d), f), h), o)-q), s)- ţ), z) - ad) se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 3% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a obligaţiilor prevăzute la art. 11 lit. g), n) contravaloarea serviciilor medicale paraclinice se va diminua după cum urmează:

a) la prima constatare avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

c) la a treia constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, a obligaţiilor prevăzute la art. 11 lit. m), contravaloarea serviciilor paraclinice se va diminua după cum urmează:

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

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

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

(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

**Art. 13. -** (1) Contractul cu furnizorii de servicii medicale paraclinice 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 situaţii:

a) dacă din motive imputabile Furnizorul 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 îşi 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 autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

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

e) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

f) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 11 lit. c), u), w)- y);

g) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 11 lit. l), pentru Furnizorul 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 a încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

h) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate potrivit contractului încheiat şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/subprogramului naţional de sănătate curativ;

i) furnizarea de servicii medicale paraclinice în cadrul programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între Furnizor şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

j) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art. 11 lit. l);

k) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 11 lit. l) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege punct extern 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 situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

l) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 12 alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 12 alin. (1) 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 măsurile prevăzute la art. 12 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

(2) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu Furnizorul pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice încheiat între părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

**Art. 14. -** (1) Contractul cu furnizorii de servicii medicale paraclinice încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) Furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a Furnizorului, după caz;

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

(2) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) din motive imputabile Furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu Furnizorul pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative, încetează în condiţiile încetării contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice.

**Art. 15. -** 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 situaţii:

a) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, încheiat de acelaşi Furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale 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 finanţarea programelor naţionale de sănătate curative;

b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 11 lit. g) în condiţiile în care Furnizorul face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a Furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum şi a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la Furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

c) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă 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. 16. -** (1) Situaţiile prevăzute la art. 13 şi la art. 14 alin. (1) lit. b) şi c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

**Art. 17. -** Furnizorul servicii medicale de dializă are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze servicii medicale de dializă pacienţilor asiguraţi, cuprinşi în programele naţionale de sănătate curative şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, potrivit prevederilor legale în vigoare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinaţiei acestora;

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

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cu excepţia serviciilor de iniţiere a tratamentului la bolnavii cu insuficienţă renală cronică care nu se decontează din suma aprobată Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică;

e) să întocmească şi să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declaraţiile de servicii lunare, în vederea validării şi decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor medicale acordate, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract şi a sumelor disponibile cu această destinaţie; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic. Medicamentele şi materialele sanitare specifice din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele aferente consumului de medicamente şi materiale sanitare specifice raportate în Sistemul informatic unic integrat;

f) să organizeze evidenţa electronică a bolnavilor care beneficiază de servicii medicale, în cadrul programului, servicii medicale paraclinice, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific concordant cu programul, serviciile efectuate, cantitatea şi valoarea de decontat;

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi în actele normative în vigoare;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract

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

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

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să solicite cardul naţional de asigurări sociale de sănătate/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de dializa. Serviciile de dializa care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în programul naţional de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

n) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

p) să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare specifice eliberate, serviciile efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative;

q) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru: medicamente de care beneficiază bolnavii incluşi în program la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi, servicii medicale, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive şi altele asemenea, care se asigură în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;

r) să informeze asiguraţii cu privire la actul medical şi ale asiguratului referitor la respectarea indicaţiilor medicale şi consecinţele nerespectării acestora în cadrul programelor naţionale de sănătate curative, precum şi cu privire la utilizarea materialelor sanitare specifice şi a medicamentelor şi cu privire la faptul că numai medicamentele prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum şi denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate, aprobată prin hotărâre de guvern, se decontează din fond;

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

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

t) să furnizeze serviciile de dializă pacienţilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

u) să angajeze personalul de specialitate proporţional cu cerinţele minimale de personal prevăzute în normele de dializă şi să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

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

w) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum şi serviciile de dializă cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate; informaţiile privind serviciile de dializă şi tarifele corespunzătoare serviciilor de dializă sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

x) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică şi faptică a modului de îndeplinire a obligaţiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului, inclusiv a documentelor justificative privind medicamentele şi materialele sanitare specifice achiziţionate şi utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

y) să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru programul naţional de sănătate pe care îl derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestuia.

aa) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente ce se eliberează în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, potrivit prevederilor legale în vigoare;

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

ac) 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 îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

ad) să asigure prezenţa personalului potrivit prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

ae) să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din unitatea de dializă, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001;

af) să anunţe în scris, în termen de 5 zile lucrătoare, centrul de dializă de la care a plecat pacientul. Includerea de pacienţi noi în cadrul programului pentru tratament specific se realizează potrivit prevederilor Regulamentului de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

ag) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situaţie privind bolnavii decedaţi;

ah) să asigure transportul nemedical al pacienţilor pentru hemodializă: hemodializă convenţională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, precum şi transportul lunar al medicamentelor şi materialelor sanitare specifice pentru pacienţii cu dializă peritoneală continuă sau automată, prevăzuţi în contract şi să răspundă de calitatea transporturilor;

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

aj) să întocmească evidenţe distincte şi să le raporteze distinct, însoţite de copii ale documentelor, caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale pentru serviciile medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în temeiul prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

**Art 18. -** Furnizorul privat de servicii de dializă nu are obligaţia de a furniza servicii de dializă în sistem de internare.

**Art. 19. -** (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorul de servicii de dializă a obligaţiilor prevăzute la art. 17. lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), y), z), ab), ad) şi ah) - aj) se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

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

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

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

(2) Nerespectarea obligaţiei prevăzute art. 17 lit. aa) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Nerespectarea obligaţiei prevăzute art. 17 lit. aa) atrage reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 5% faţă de procentul prevăzut la alin. (2) pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, din contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

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

(5). Nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 17 lit. af) şi ag) atrage reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la contravaloarea serviciilor de dializă aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(6) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligaţiilor prevăzute la art. 17 lit. i) - 1), p), r), s), v) şi ae) se aplică următoarele sancţiuni:

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 situaţii.

(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 17 lit. q), contravaloarea serviciilor se va diminua după cum urmează:

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

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

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

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

(9) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) – (7) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorul de servicii de dializă care este în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(10) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) – (7) se face prin plata directă sau prin executare silită în situaţia furnizorului de servicii de dializă care nu mai este în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(11) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) – (7) în cazul unităţilor sanitare cu paturi.

**Art. 20. -** (1). Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) Furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

b) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a Furnizorului, după caz;

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

(2) Contractul de furnizare de servicii de dializă încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile Furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(3) Continuitatea serviciilor

La încetarea prezentului contract din alte cauze decât prin ajungere la termen, excluzând forţa majoră, Furnizorul este obligat să asigure continuitatea prestării serviciilor, în condiţiile stipulate în prezentul contract, până la preluarea acestora de către un alt furnizor selectat sau numit, în condiţiile legii.

**Art. 21. -** (1) Contractul de furnizare de servicii de dializă se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situaţii:

a) Furnizorul sau, după caz, una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) Încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă 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 spitaliceşti, încheiat de acelaşi furnizor cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti;

f) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 17 lit. ac), în condiţiile în care furnizorul de servicii de dializă face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare şi dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare.

(2) În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea ei şi înfiinţarea concomitentă a unei noi unităţi sanitare cu paturi distinctă, cu personalitate juridică, contractul pentru finanţarea Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi aflat în derulare, se preia de drept de către noua unitate sanitară înfiinţată, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noii structure cu condiţia ca unităţile nou-înfiinţate să aibă acelaşi regim juridic de proprietate cu cele preluate.

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

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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar ori expirarea dovezii de evaluare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casa 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 situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;

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

e) refuzul Furnizorului de servicii de dializă de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de dializă în cadrul programului naţional de sănătate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate la art. 17 lit. x);

g) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 17 lit. a), ş) şi ac);

h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 17 lit. ac) după expirarea termenului prevăzut la art. 21 lit. f);

i) odată cu prima constatare, după aplicarea în cursul unui an a sancţiunii prevăzute la art. 19;

j) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de dializă a obligaţiilor prevăzute la art. 17 lit. q).

**Art. 22. -** Furnizorul de servicii de radioterapie are următoarele obligaţii:

a) să furnizeze servicii de radioterapie pacienţilor asiguraţi, cuprinşi în programul naţional de oncologie şi să le acorde tratamentul specific folosind metodele cele mai eficiente, fără niciun fel de discriminare;

b) să utilizeze fondurile primite potrivit destinaţiei acestora;

c) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de radioterapie furnizate, potrivit prevederilor legale în vigoare;

d) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 10 zile ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, unităţile sanitare cu paturi vor raporta sumele utilizate, indicatorii realizaţi, precum şi evidenţa nominală în baza CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, după caz, pentru bolnavii trataţi în cadrul subprogramului;

e) să întocmească şi să transmită lunar la casa de asigurări de sănătate, documentele justificative/declaraţiile de servicii lunare, în vederea validării şi decontării contravalorii facturii/facturilor, aferente serviciilor de radioterapie acordate, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita sumei prevăzute în contract şi a sumelor disponibile cu această destinaţie; pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic.

f) să organizeze evidenţa electronică a bolnavilor beneficiari de servicii de radioterapie, pe baza setului minim de date al bolnavului: CNP/CID/număr card european/număr formular/număr paşaport/număr act identitate, diagnostic specific serviciile efectuate, potrivit schemei terapeutice prescrise;

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora şi să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului; alegerea furnizorului se face dintre cei nominalizaţi în actele normative în vigoare;

i) să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii de radioterapie, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

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

k) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor de radioterapie contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului de radioterapie şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia 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 obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

m) să solicite cardul naţional de asigurări sociale de sănătate/adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, şi să le utilizeze în vederea acordării serviciilor de radioterapie. Serviciile de radioterapie acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

n) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.

Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul naţional din motive religioase sau de conştiinţă/adeverinţa înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

o) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale, altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. n), în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor de radioterapie acordate se face prin semnătură electronică extinsă /calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere.

p) să pună la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă serviciile de radioterapie efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, toate documentele justificative privind sumele decontate din bugetul alocat, respectiv toate documentele justificative privind deţinerea aparatelor necesare furnizării serviciilor de radioterapie contractate cu casele de asigurări de sănătate - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice etc.;

q) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru serviciile de radioterapie; serviciile de radioterapie nu cuprind şi a doua opinie medicală, cerută expres de asigurat în scris şi care este acordată de o altă echipă medicală decât cea care a aprobat planul de tratament iniţial;

r) să informeze asiguraţii cu privire la actul medical, la obligativitatea respectării indicaţiilor medicale şi asupra consecinţelor nerespectării acestora în cadrul programelor naţionale de sănătate curative;

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

ş) să furnizeze serviciile de radioterapie cu respectarea prevederilor Legii nr. 111/1996 privind desfăşurarea în siguranţă, reglementarea, autorizarea şi controlul activităţilor nucleare, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi Normelor privind radioprotecţia persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiaţii ionizante, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei şi al preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 285/79/2002, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi să utilizeze numai aparatură şi echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România;

t) să furnizeze serviciile de radioterapie pacienţilor titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în perioada de valabilitate a acestora, în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

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

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

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

w) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, inclusiv programul de activitate şi sarcinile de serviciu pentru personalul angajat, în concordanţă cu prevederile Normelor de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare, şi să-l respecte, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, datele de contact ale acesteia care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum şi serviciile de radioterapie cu tarifele corespunzătoare decontate de casa de asigurări de sănătate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative; informaţiile privind serviciile de radioterapie şi tarifele corespunzătoare serviciilor de radioterapie sunt afişate de furnizori în formatul stabilit de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi pus la dispoziţia furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

x) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate verificarea scriptică şi faptică a modului de îndeplinire a obligaţiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului;

y) să îndeplinească condiţiile obligatorii şi condiţiile suspensive prevăzute în normele tehnice;

z) să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naţionale de sănătate pe care le derulează, precum şi execuţia pe parcursul derulării acestora;

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

ab) 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 îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

ac) să asigure prezenţa unui medic de specialitate în radioterapie, a unui fizician medical şi a unui expert în fizică medicală în fiecare unitate de radioterapie, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectiva unitate, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă întreagă pe zi programul unităţii de radioterapie să fie acoperit de medicul de specialitate radioterapie şi de fizicianul medical care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

ad) să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din unitatea de radioterapie, potrivit specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă potrivit standardului de calitate SR EN ISO 9001, precum şi cele stabilite prin Normele de securitate radiologică în practica de radioterapie, aprobate prin Ordinul preşedintelui Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare;

ae) să întocmească şi să transmită lunar, la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale, listele de prioritate cu bolnavii care îndeplinesc condiţiile pentru a beneficia de servicii de radioterapie. Managementul listelor de prioritate se face electronic prin serviciul pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

af) să nu raporteze în sistem DRG activităţile ce se decontează din bugetul aferent programelor naţionale de sănătate curative;

ag) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale serviciile de radioterapie asigurate potrivit lit. t) şi decontate din bugetul Fondului, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare;

**Art. 23. -** (1) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 22 lit. b) - h), m) - o), t) - u), w), z) - aa), ac) şi ae) - ag) se va diminua contravaloarea serviciilor de radioterapie după cum urmează:

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

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

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

(2) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 22 lit. i) - l), p), r), s), u) şi ad), se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

(4) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizor a obligaţiilor prevăzute la art. 22 lit. q), contravaloarea serviciilor radioterapie se va diminua după cum urmează:

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

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

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

(5) ) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă.

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Casa de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, respectiv ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) - (6), pentru unităţile sanitare cu paturi.

**Art. 24. -** (1) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorul îde 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 situaţii:

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 autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, expirarea deciziei de evaluare, expirarea, suspendarea sau retragerea autorizaţiei de utilizare eliberată de Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare, conform Legii nr. 111/1996 privind desfăşurarea în siguranţă, reglementarea, autorizarea şi controlul activităţilor nucleare, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a furnizorului de servicii de radioterapie şi este adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către furnizor printr-o declaraţie scrisă;

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

e) refuzul Furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile de radioterapie în cadrul subprogramului naţional de sănătate;

f) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele menţionate la art. 22 lit. x);

g) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 22 lit. a), ş) şi ab);

h) odată cu prima constatare, după aplicarea pe toată perioada contractului a sancţiunii prevăzute la art. 23 alin. (1);

i) la a patra constatare a nerespectării de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 22 lit. q).

**Art. 25. -** (1) Contractul încheiat cu furnizorul de radioterapie încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

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

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

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

(2) Contractul încetează în următoarele situaţii:

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea 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 doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

**Art. 26. -**  (1) Contractul încheiat cu furnizorul de radioterapie se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura tratamentul specific bolnavilor incluşi în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secţiei/secţiilor care derulează programe/subprograme de sănătate curative, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă 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 spitaliceşti, încheiat de unităţile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru finanţarea serviciilor de radioterapie, suspendarea contractului pentru finanţarea Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitaliceşti;

(2) În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea ei şi înfiinţarea concomitentă a unei noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi aflat în derulare, se preiau de drept de către noua unitate sanitară înfiinţată, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noii structuri.

**Art. 27.-** (1) Situaţiile prevăzute la art. 24 şi la art. 25 alin. (1) lit. b) şi c) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 24 alin. (1) lit. a) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.