**NOTĂ DE FUNDAMENTARE**

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

|  |
| --- |
| **Secţiunea 1**  |

 |
|

|  |
| --- |
| **Titlul proiectului de act normativ**  |

**Hotărâre a Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016**

|  |
| --- |
|  |

 |
|

|  |
| --- |
| **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, cu modificările și completările ulterioare;- Hotărârii Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2013 şi 2014, cu modificările și completările ulterioare;- Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publice pentru anii 2013 şi 2014, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 422/2013, cu modificările și completările ulterioare; - Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2013 şi 2014, aprobate Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013, cu modificările și completările ulterioare. Aceste acte normative asigură cadrul legal al derulării programelor naţionale de sănătate până la data de 31 martie 2015. Începând cu data de 1 aprilie 2015 încetează aplicabilitatea prevederilor HG nr. 124/2013 și a normelor tehnice subsecvente astfel încât, conform prevederilor art. 48 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, este necesară elaborarea și aprobarea unui proiect de hotărâre a Guvernului care să reglementeze structura programelor naţionale de sănătate, obiectivele acestora, precum şi orice alte condiţii şi termene necesare implementării şi derulării acestora pentru perioada 2015 și 2016.  |

 |
| 2. Schimbări preconizate  | Asigurarea cadrului legislativ pentru derularea programelor naţionale de sănătate în perioada 2015 și 2016. În acest sens, în principal, se are în vedere continuarea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate aflate în derulare în condițiile asigurării sustenabilității financiare.În acord cu direcțiile de acțiune prevăzute în aria strategică de intervenție1 ,,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 aprilie 2015, Ministerul Sănătăţii îşi asumă derularea şi finanţarea din bugetul propriu al unui număr de 15 programe naționale de sănătate publică cu impact major asupra sănătății publice, după cum urmează: 1. Programul naţional de imunizare;
2. Programul național de supraveghere şi control al bolilor transmisibile prioritare;
3. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control ale infecţiei HIV;
4. Programul naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei;
5. Programul naţional de supraveghere şi control al infecţiilor nosocomiale şi monitorizare a utilizării antibioticelor şi a antibioticorezistenţei;
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 activă a cancerului prin screenig 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 naţional de boli endocrine;
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.

De asemenea, Casa Națională de Asigurări de Sănătate își asumă responsabilitatea derulării și finanțării unui număr de 14 programe naționale de sănătate curative, după cum urmează:1. Programul 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 şi talasemiei;
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 uman;
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.

Elementele de noutate în implementarea programelor naționale de sănătate în perioada 2015 și 2016 sunt reprezentate de:* inițierea derulării unui subprogram de radioterapie, parte integrantă a Programului național de oncologie. Acest demers constituie un prim pas în încurajarea abordării intergate a patologiei oncologice, patologie complexă a cărei diagnostic și tratament necesită asigurarea accesului la servicii integrate centrate pe pacient. Subprogramul va beneficia de alocarea unui buget distinct, fapt ce va permite o mai mare predictibilitate și adaptare la nevoile reale ale pacientului oncologic;
* includerea în cadrul Programului național de ortopedie unui obiectiv nou destinat tratamentului instabilităților articulare cronice prin implanturi de fixare;
* includerea în cadrul Programului național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță unui obiectiv nou destinat tratamentului de stimulare cerebrală profundă la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmenatre rezistente la terapia cu toxină botulinică;
* inițierea derulării unui subprogram de fertilizare in vitro și embriotransfer în cadrul Programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană. Acest subprogram este destinat cuplurile afectate de disfuncții ale sistemului reproductiv și care au nevoie de tratamente pentru a avea copii;
* inițierea unor subprograme pilot destinate depistării precoce active a cancerului colo–rectal și cancerului de sân. Rezultatele obținute vor fi valorificate pentru dezvoltarea capacităţii tehnice şi organizatorice în domeniul depistării precoce a cancerelor la sân şi colo-rectal anterior extinderii activităților de screening pe plan național sau subnațional în perioada 2017-2020.
* asigurarea vaccinării cuprinse în calendarul național de vaccinare, precum și a vaccinării la grupele la risc exclusiv de către medicii de familie. Acestă decizie este justificată de faptul că justificată prin faptul că vaccinarea prin campanie școlară prezintă numeroase dezavantaje legate de lipsa cabinetelor de medicină școlară, dificultățile în urmărirea antecedentelor vaccinale ale copiilor, existența unor copii neșcolarizați, existența în cadrul aceleași clase a copiilor cu ani de naștere diferiți, repetenți, veniți prin transfer din alte unități de învățământ, complianța redusă la vaccinare a părinților copiilor înscriși la un medic de familie, altul decât cel care realizează vaccinarea în campanie, dificultăți în recuperarea restanțierilor, dificultăți în supravegherea și raportarea de medicul vaccinator a cazurilor de reacție indezirabilă, etc.
* armonizarea prevederilor legislative privind obligațiile furnizorilor de servicii medicale spitalicești, servicii medicale paraclinice, servicii de dializă, precum și a furnizorilor medicamente / materiale sanitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative cu cele reglementate prin dispozițiile proiectului Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în perioada 2015 și 2016;
* reglementarea sancțiunilor aplicate pentru nerespectarea de către furnizorii anterior enumerați a obligațiilor asumate prin contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate, precum și clarificarea condițiilor privind încetarea / suspendarea acestor contracte.
 |
|

|  |
| --- |
| **Secţiunea a 3-a**  |
| **Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ**  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Impactul macroeconomic  |  |

 | Nu este cazul |
| 11. Impactul asupra mediului concurenţial şi domeniului ajutoarelor de stat | Nu este cazul |
| 2. Impactul asupra mediului de afaceri | Nu este cazul |
| 3. Impactul social | 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 (tuberculoză, cancere, diabet zaharat);
	3. complexitatea patologiei, care afectează major supraviețuirea și/sau calitatea vieții persoanelor , (cancere, boli neurologice, 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, permițând astfel controlul adecvat al problemelor de sănătate publică pentru care sunt concepute și accesul echitabil la servicii de sănătate imperios necesare, inclusiv la servicii de prevenție primară și secundară. În acest context larg de intervenție, programele naționale de sănătate au următoarele categorii de beneficiari:- beneficiarii direcți ai intervențiilor și serviciilor furnizate – prin asigurarea unei dezvoltări normale (în cazul copiilor și tinerilor), îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate, îmbunătățirea supraviețuirii și a calității vieții, reintegrarea socio-profesională;- familiile acestor beneficiari, pentru care scade povara socio-economică și efortul necesar îngrijirii persoanei bolnave;- comunitățile din care fac parte beneficiarii, de asemenea prin scăderea poverii socio-economice, scăderea nevoilor de susținere socială și prin creșterea productivității persoanelor și familiilor lor;- întreaga populație a României – prin asigurarea unei dezvoltări normale a copiilor, îmbunătățirea nivelului de educație pentru sănătate și respectiv de conștientizare asupra factorilor de risc, scăderea riscului infecțios privind unele boli transmisibile.Din considerentele sus-menționate, Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 are un impact social major asupra întregii populații a României, prin acoperirea nevoii de sănătate pentru categorii largi de persoane, în special pentru persoane vulnerabile. Implementarea programelor naționale de sănătate are ca deziderat pe termen lung diminuarea diferențelor în starea de sănătate între România și UE și între grupuri defavorizate și situația medie națională. |
| 4. Impactul asupra mediului | Nu este cazul |
| 5. Alte informaţii | Nu este cazul |
| **Secţiunea a 4-a** **Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât şi pe termen lung.**  |
| 1.Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus  | Nu este cazul |
| 2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus  | Nu este cazul |
| 3. Impact financiar, plus/minus  | Nu este cazul |
| 4. Propuneri pentru acoperirea creşterii cheltuielilor bugetare.  | Nu este cazul |
| 5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare. | Nu este cazul |
| 6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor şi/sau cheltuielilor bugetare.  | Nu este cazul |
| 7. Alte informaţii.  | Nu este cazul |
|

|  |
| --- |
| **Secţiunea a 5-a**  |
| **Efectele proiectului de act normativ asupra legislaţiei in vigoare.**  |

 |
| 1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:  |  |
| a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ; | - HG nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2013 şi 2014, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul ministrului sănătății nr. 422/2013 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică pentru anii 2013 şi 2014, cu modificările și completările ulterioare;- Ordinul președintelui CNAS nr. 190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative pentru anii 2013 şi 2014, cu modificările și completările ulterioare. |
| 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 pentru anii 2015 şi 2016- Ordin al președintelui CNAS pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 şi 2016 |
| 2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislaţia comunitară în materie.  | Nu este cazul.  |
| 3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare | Nu este cazul.  |
| 4. Hotărâri ale Curţii de Justiţie a Uniunii Europene | Nu este cazul.  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Alte acte normative şi/sau documente internaţionale din care decurg angajamente.  |  |

 | Nu este cazul.  |
| 6. Alte informaţii  | Nu este cazul.  |
|

|  |
| --- |
| **Secţiunea a 6-a**  |
| **Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ**  |

 |
| Informaţii privind procesul de consultare cu organizaţii neguvernamentale, institute de cercetare şi alte organisme implicate  | Au fost parcurse etapele legale ale procedurii de transparență decizională. |
| 2. Fundamentarea alegerii organizaţiilor cu care a avut loc consultarea, precum şi a modului în care activitatea acestor organizaţii este legată de obiectul proiectului de act normativ  | Nu este cazul.  |
| 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.  | Nu este cazul.  |
| 4. Consultările desfăşurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente  | Nu este cazul.  |
| 5. Informaţii privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ  | Se supune avizului Consiliului Legislativ.  |
| b) Consiliul Suprem de Apărare a Ţării  | Nu este cazul.  |
| c) Consiliul Economic şi Social  | Nu este cazul.  |
| d) Consiliul Concurenţei  | Nu este cazul.  |
| e) Curtea de Conturi  | Nu este cazul.  |
| 6. Alte informaţii  | Nu este cazul.  |
|

|  |
| --- |
| **Secţiunea a 7-a**  |
| **Activităţi de informare publică privind elaborarea si implementarea proiectului de act normativ** |

 |
| 1. Informarea societăţii civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ.  | Nu este cazul  |
| 2. Informarea societăţii civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum si efectele asupra sănătăţii şi securităţii cetăţenilor sau diversităţii biologice.  | Nu este cazul  |
| 3. Alte informaţii | Nu este cazul  |
|

|  |
| --- |
| **Secţiunea a 8-a**  |
| **Măsuri de implementare**  |

 |
| 1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autorităţile administraţiei publice centrale şi/sau locale  |
| 2. Alte informaţii  | Nu este cazul  |

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

**Ministrul sănătăţii,**

**NICOLAE BĂNICIOIU**

**Avizăm favorabil:**

**Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate**

**Vasile CIURCHEA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ministrul Finanţelor Publice** | **Ministrul Justiției** |
| **Darius-Bogdan VÂLCOV** | **Robert-Marius CAZANCIUC** |

**HOTĂRÂRE**

**privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016**

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

 Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

 ART. 1

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

 (2) Programele naţionale de sănătate reprezintă, potrivit prevederilor art. 45 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, un ansamblu de acţiuni multianuale, orientate spre principalele domenii de intervenţie ale asistenţei de sănătate publică.

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

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

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

 ART. 2

 Normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016, 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 de la bugetul Ministerului Sănătăţii, din bugetul de stat şi din venituri proprii, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.

 (2) Programele naţionale de sănătate curative se finanţează de la bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, precum şi din alte surse, inclusiv din donaţii şi sponsorizări, în condiţiile legii.

 (3) Sumele alocate 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.

 (4) Detalierea fondurilor menţionate la alin. (1) şi (2) pe programe naţionale de sănătate publică, respectiv programe naţionale de sănătate curative 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) 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;

 d) furnizori privaţi de medicamente şi dispozitive medicale.

 (4) Programele naţionale de sănătate publică derulate şi finanţate de Ministerul Sănătăţii sunt prevăzute la lit. A din anexă.

 ART. 5

 (1) Programele naţionale de sănătate curative derulate şi finanţate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sunt prevăzute la lit. B din anexă.

 (2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, prin casele 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 prevăzute la lit. B din anexă.

 (3) 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 prevăzute la lit. B din anexă, precum şi modul în care acestea sunt derulate.

 ART. 6

 (1) Ministerul Sănătăţii repartizează direcţiilor de sănătate publică, unităţilor sanitare din reţeaua sanitară proprie, precum şi instituţiilor din subordine fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă, în condiţiile legii.

 (2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, fondurile destinate derulării programelor naţionale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici şi de eficienţă realizaţi în anul precedent.

 ART. 7

 (1) Sumele alocate pentru programele naţionale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor de specialitate 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 derulate.

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

 (4) Sumele aprobate pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative se alocă lunar, la solicitările caselor de asigurări de sănătate, pe baza cererilor fundamentate ale unităţilor de specialitate, în funcţie de indicatorii realizaţi şi în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, însoţite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice

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

 a) instituţiilor publice şi furnizorilor de servicii medicale din subordinea Ministerului Sănătăţii, pentru implementarea programelor naţionale de sănătate publică şi/sau asigurarea asistenţei tehnice şi managementului programelor naţionale de sănătate, după caz;

 b) furnizorilor de servicii medicale din reţeaua autorităţilor administraţiei publice locale şi a ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, precum şi furnizorilor de servicii medicale privaţi, în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică sau, după caz, cu instituţiile publice din subordinea Ministerului Sănătăţii, după caz.

 (6) Sumele prevăzute în bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă se alocă în baza contractelor negociate şi încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate.

 ART. 8

 (1) Raporturile stabilite între unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate 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 2016.

 (2) În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor contractuale, acestea sunt negociate şi stipulate în acte adiţionale, conform dispoziţiilor legale în vigoare.

 (3) 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.

 (4) 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.

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

 (6) Angajamentele legale aferente medicamentelor şi materialelor sanitare 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, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu pot depăşi media lunară a primelor 11 luni ale aceluiaşi an.

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

 ART. 9

 Unităţile sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative au următoarele obligaţii:

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

 b) să dispună măsuri pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale şi băneşti;

 c) să organizeze evidenţa cheltuielilor pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare atât în prevederi, cât şi în execuţie;

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

 e) să asigure bolnavilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere şi eliberare a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

 f) 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; în cazul produselor biologice, achiziţionarea se face pe denumire comercială;

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

 h) să asigure asiguraţilor, fără nici o discriminare, acordarea serviciilor medicale şi tratamentul specific afecţiunilor cuprinse în programele naţionale de sănătate curative;

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

 j) să depună lunar la casa de asigurări de sănătate, în vederea validării şi decontării contravalorii facturii/facturilor, documentele justificative, 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;

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

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

 m) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

 n) să informeze asiguraţii cu privire la derularea programelor naţionale de sănătate curative;

 o) 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;

 p) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

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

r) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru medicamente, materiale sanitare care fac obiectul programelor naţionale de sănătate curative; 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 prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope de la data la care acesta se implementează; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

 s) să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale, conform dispoziţiilor legale;

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

 t) 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;

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

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

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

 w) 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;

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

 y) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă medicamentele/materiale sanitare 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;

 z) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate informaţiile şi documentele solicitate de aceasta în domeniul/pe parcursul derulării programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative finaţate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

 aa) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line și 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;

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

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

 ART. 10

 Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice 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, au următoarele obligaţii:

 a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista C, secţiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei 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, cu modificările şi completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de decontare, fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi;

 b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi denumiri comune internaţionale (DCI), cu prioritate la preţurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului şi înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele şi materiale sanitare 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;

c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare; să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative , cu privire la tipul şi cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achizionate si evidentiate în gestiunea cantitativ‐valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată şi cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziţionate, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de medicamente şi sesizează mai departe instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective;

d) să verifice prescripţiile medicale off-line și cele pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante 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/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi

preparatele psihotrope şi stupefiante, 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;

 e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu privire la prescrierea şi eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative;

 f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând 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 informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

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

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

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

 j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, 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;

 k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării generale naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciştilor din România şi a Codului deontologic al farmacistului, în relaţiile cu asiguraţii;

 l) 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 de web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte potrivit prevederilor legale în vigoare;

 m) să elibereze asiguraţilor medicamentele 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;

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

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

 p) 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;

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

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

 s) să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor şi a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative;

 ş) să elibereze medicamentele şi materialele sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, la nivelul preţului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, 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, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, 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 versoul prescripţiei;

 t) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

 ţ) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

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

 v) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă şi nu respectă condiţiile de prescriere, conform prevederilor legale în vigoare;

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

 x) să se afle, pe toată perioada de derulare a contractului de furnizare de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate curative, în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală;

 y) să respecte dreptul asiguraţilor de a-şi alege farmacia care derulează programele naţionale de sănătate, conform prevederilor legale în vigoare;

 z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic, respectiv farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;

 aa) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card national duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art.212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se solicită cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta cardul national de asigurări sociale de sănătate, iar o copie a cărții de identitate/buletinului de identitate/pașaportului împuternicitului, se păstrează la farmacie; medicamentele acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

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

 ad) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor 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 baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate 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;

 ae) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele 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 baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare, la preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

 af) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele 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 cu sau fără contribuţie personală acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare, la preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;

ART. 11

 Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor programe naţionale de sănătate curative au următoarele obligaţii:

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

 b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe/subprograme naţionale de sănătate curative şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

 c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

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

 e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit machetelor de raportare a indicatorilor specifici, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

 i) să depună la casa de asigurări de sănătate, în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului, avizul direcţiei de sănătate publică privind programul de lucru; în situaţia în care programul avizat de direcţia de sănătate publică este diferit faţă de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecinţă;

 j) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

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

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

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

 n) 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 informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

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

 p) să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice pentru investigaţiile PET-CT medicului care a făcut recomandarea; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului şi, periodic, cel puţin o dată pe lună, Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

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

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

 ţ) să utilizeze numai reactivi care 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;

 u) să facă mentenanţă şi să întreţină aparatele din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice, conform specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;

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

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

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

 y) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigaţii medicale paraclinice raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru programele/subprogramele naţionale de sănătate curative, precum şi pentru orice alte investigaţii efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor pentru programele/subprogramele naţionale de sănătate curative, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice şi sesizează mai departe instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective;

 z) să asigure prezenţa unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialitate în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat 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;

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

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

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

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

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

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

 ag) 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.

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

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

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

 aj) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor 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 baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală 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;

 ak) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate în cadrul programelor naţionale de sănătate curative și pentru actele administrative inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale şi acte administrative necesare investigaţiei;

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

 ART. 12

 Furnizorii de servicii de dializă aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru furnizare de servicii de dializă au următoarele obligaţii:

 a) să furnizeze serviciile în conformitate cu Regulamentul de organizare şi funcţionare a unităţilor de dializă publice şi private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.718/2004, 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, 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;

 b) să furnizeze serviciile pacienţilor asiguraţi cuprinşi în Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita numărului de bolnavi pe tipuri de dializă incluşi în program;

 c) să furnizeze serviciile pacienţilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv Regulamentului (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European şi al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a cardului şi în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenţia şi raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane;

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

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

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

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

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

 i) să ofere informaţii asiguraţilor despre serviciile acordate, precum şi despre modul în care vor fi furnizate acestea şi să acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor şi al păstrării sănătăţii;

 j) să respecte confidenţialitatea prestaţiei medicale;

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

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

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

 n) să informeze pacienţii cu privire la serviciile de dializă şi la obligaţiile lor în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum şi la obligaţiile pacienţilor referitoare la actul medical;

 o) să permită personalului caselor 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 achiziţionate şi utilizate în efectuarea serviciilor de dializă;

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

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

 r) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidenţialităţii datelor, declaraţia de servicii lunară, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

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

 ş) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi ale legislaţiei subsecvente în acest domeniu;

 t) 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 conform 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;

 ţ) să îndeplinească condiţiile suspensive în termenul prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

 u) 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.

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

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

 y) să transmită trimestrial caselor de asigurări de sănătate o situaţie privind bolnavii decedaţi însoţită de documente justificative în acest sens.

ART. 13

Furnizorii de servicii de radioterapie aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de radioterapie au următoarele obligaţii:

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

 b) să furnizeze serviciile pacienţilor asiguraţi cuprinşi în Subprogramul de radioterapie, fără nici un fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament;

c) să furnizeze serviciile pacienţilor titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv Regulamentului (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European şi al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în perioada de valabilitate a cardului şi în aceleaşi condiţii ca pentru persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, urmând a evidenţia şi raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate serviciile medicale acordate acestei categorii de persoane

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

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

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

 g) să angajeze personalul de specialitate în proporţie cu cerinţele minimale de personal prevăzute în Ordinul Comisiei Naţionale pentru Controlul Activităţilor Nucleare nr. 94/2004, cu modificările şi completările ulterioare şi să asigure instruirea tehnică corespunzătoare a acestuia pentru utilizarea echipamentelor din dotare;

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

 i) să ofere informaţii asiguraţilor despre serviciile acordate, precum şi despre modul în care vor fi furnizate acestea şi să acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor şi al păstrării sănătăţii;

 j) să respecte confidenţialitatea prestaţiei medicale;

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

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

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

n) să informeze pacienţii cu privire la serviciile de radioterapie şi la obligaţiile lor în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum şi la obligaţiile pacienţilor referitoare la actul medical;

o) să permită personalului caselor de asigurări de sănătate verificarea scriptică şi faptică a modului de îndeplinire a obligaţiilor contractuale asumate de acesta în baza contractului,

p) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului, şi anuale privind indicatorii realizaţi, în primele 15 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;

q) să respecte prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi ale legislaţiei subsecvente în acest domeniu;

 r) să îndeplinească condiţiile prevăzute în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate,

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

ş) să nu încaseze sume de la asiguraţi pentru serviciile de radioterapie care se asigură în cadrul subprogramului

t) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente/materiale sanitare ce se eliberează în cadrul Subprogramului de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice, conform prevederilor legale în vigoare;

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

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

v) să asigure prezenţa unui medic de specialitate radioterapie şi a unui fizician medical 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 a fizicianului medical care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia în unitatea respectivă;

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

x) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate /Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice

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

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

aa) 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 informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor

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

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

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

 ART. 14

 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 9 şi în contractele încheiate de unităţile sanitare cu paturi cu 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 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

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

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

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

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

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

 (2) În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie, în mod nejustificat a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice 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, se aplică următoarele măsuri:

 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.

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

 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.

 (4) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 10 lit. b) 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.

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

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

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

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

 a) la prima constatare, avertisment scris;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(9) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de radioterapie a obligaţiilor prevăzute la art. 13 lit. 12 lit. c), d), f), g), i) – k), m), n), 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 valoarea de contract aferentă lunii respective;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 (13) Reţinerea sumelor conform alin. (1) - (12) 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. În cazul furnizorilor de medicamente, reţinerea sumei conform alin. (2) - (4) se aplică la nivel de farmacie.

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

 (15) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) - (12), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor.

 (16) Casele 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) - (12) .

 ART. 15

 (1) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţii contractuale cu furnizorii pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate curative, denumiţi furnizori, au următoarele obligaţii:

 a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizaţi şi evaluaţi, 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 privaţi de servicii de dializă 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, pentru informarea asiguraţilor, precum şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, distinct 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, conform legii;

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

 c) să informeze furnizorii cu privire la condiţiile de contractare pentru finanţarea programelor/subprogramelor de sănătate curative suportate din bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, 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;

 d) 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;

 e) să efectueze prin structurile de specialitate şi, după caz, cu participarea 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, conform prevederilor normelor tehnice aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

 f) să înmâneze furnizorilor, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa 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;

 g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naţionale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare/investigaţiilor paraclinice, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de acestea, precum şi sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

 h) 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.

 (2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relaţie contractuală cu furnizorii pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate, 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.

 ART. 15 16

 (1) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente şi a unor materiale sanitare specifice 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, 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 farmacia nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului pentru furnizarea de medicamente/materiale sanitare în cadrul unor programe/subprograme 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 neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

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

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

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

 i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente/materiale sanitare 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 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;

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

 (2) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice în cadrul unor 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, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

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

 b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta 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 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) 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;

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

 g) la a treia constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 11 lit. a) - c), e) - n) şi s);

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

 i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice 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 conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate pentru serviciile medicale paraclinice în cadrul programului/ subprogramului naţional de sănătate curativ;

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

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

 l) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 11 lit. o), ţ), u), x), ab) şi ae);

 m) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a sancţiunilor prevăzute la art. 13 alin. (5), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 13 alin. (6); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru, puncte care nu reprezintă puncte externe de recoltare, în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a sancţiunilor prevăzute la art. 13 alin. (5) în cursul unui an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică în cursul unui an sancţiunile prevăzute la art. 13 alin. (5), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul.

 (3) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor 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 sau 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 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 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. 12 lit. n);

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

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

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

 d) refuzul furnizorului de servicii de radioterapie de a pune la 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;

 e) 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. 13 lit. o);

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

 (5) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor 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, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, încheiate între aceleaşi părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

 ART. 17

 (1) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice, servicii de dializă şi servicii 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 de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice servicii de dializă şi servicii de radioterapie 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) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative încetează în condiţiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, respectiv a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, încheiate între aceleaşi părţi în condiţiile Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

 ART. 17 18

 (1) Contractul pentru finanţarea de medicamente şi/sau materiale sanitare specifice, servicii Gamma Knife, sevicii de diagnosticare a leucemiilor acute respectiv servicii de radioterapie, care se acordă în cadrul unor programe/subprograme curative, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unităţile sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă 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 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 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;

 (2) 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 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. 19

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

 b) încetarea termenului de valabilitate, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, expirarea dovezii de evaluare şi/sau expirarea autorizaţiei eliberată de Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare; 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;

 (2) 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 servicii de radioterapie, 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. 20

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

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

 b) nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 10 lit. z), în condiţiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei şi dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; 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. 21

 Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele 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. af), în condiţiile în care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum 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. 22

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

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

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

 (4) Direcţiile de sănătate publică, sau după caz instituţiile publice din subordinea Ministerului Sănătăţii, decontează unităţilor de specialitate cu care sunt în relaţie contractuală pentru derularea programelor naţionale de sănătate publică contravaloarea bunurilor şi serviciilor acordate în cadrul programelor naţionale de sănătate publică, precum şi a sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfăşoară activităţi în cadrul acestora şi care fac obiectul contractului încheiat, pe bază de documente justificative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

 (5) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale cu care sunt în relaţie contractuală pentru derularea programelor naţionale de sănătate curative contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale şi altora asemenea conform contractului încheiat, pe bază de documente justificative şi în condiţiile prevăzute în normele tehnice.

 (6) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru exactitatea şi realitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanţilor legali ai unităţilor de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate.

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

 a) până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor pentru decontarea activităţilor din cadrul programelor naţionale de sănătate contractate de către direcţiile de sănătate publică, instituţii publice sau Ministerul Sănătăţii, după caz;

 b) 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";

 c) în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data depunerii documentelor justificative pentru sumele decontate de către direcţiile de sănătate publică sau, după caz, instituţiile publice din subordinea Ministerului Sănătăţii, în vederea decontării sumelor necesare pentru plata drepturilor salariale aferente personalului care desfăşoară activităţi în cadrul programelor naţionale de sănătate.

 ART. 23

 (1) Sumele alocate pentru programele naţionale de sănătate se cuprind în bugetele de venituri şi cheltuieli ale unităţilor sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privaţi de servicii medicale prin care acestea se derulează şi se utilizează potrivit destinaţiilor stabilite.

 (2) Unităţile şi instituţiile sanitare publice care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia gestionării eficiente a mijloacelor materiale şi băneşti şi a organizării evidenţei contabile a cheltuielilor pentru fiecare program sau subprogram, pe subdiviziunile clasificaţiei bugetare, precum şi a organizării evidenţei nominale, pe baza codului numeric personal, a beneficiarilor programului/subprogramului.

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

 (4) Unităţile de specialitate care derulează 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.

 ART. 24

 (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 şi altele asemenea, pentru implementarea programelor naţionale de sănătate nominalizate prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii sau, după caz, al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

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

 (3) În baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achiziţii publice centralizată, unităţile sanitare publice 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 şi altele asemenea, care se acordă bolnavilor incluşi în programele naţionale de sănătate, se achiziţionează de unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează 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 şi altora asemenea, necesare pentru derularea programelor naţionale de sănătate cărora nu le sunt aplicabile prevederile alin. (1), se realizează de unităţile sanitare cu paturi prin care se derulează 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. 25

 (1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi 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 denumirea comună internaţională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fişa medicală a pacientului, precum şi în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menţionarea în prescripţie şi a denumirii comune internaţionale (DCI) corespunzătoare.

 (2) Lista denumirilor comerciale şi a preţurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinşi în cadrul programelor naţionale de sănătate, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale (DCI) cuprinse în secţiunea C2 a sublistei C 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, la propunerea Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

 (3) Din lista prevăzută la alin. (2) se exclud medicamentele din Catalogul Naţional al Preţurilor la Medicamentele de Uz Uman Autorizate de Punere pe Piaţă, denumit în continuare CANAMED, pentru care deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu face dovada că sunt îndeplinite prevederile art. 792 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, respectiv obligaţia de asigurare a unor stocuri adecvate şi continue de medicamente; pentru medicamentele care dau preţul de decontare, deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă trebuie să asigure minimum 50% din necesarul de medicamente din cadrul unui DCI, pe fiecare formă farmaceutică şi concentraţie. Pentru medicamentele autorizate, nou-intrate pe piaţă care au preţ şi au fost listate în CANAMED, deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă este obligat să asigure medicamentul pe piaţă de la data avizării preţului în cantităţi suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor.

 (4) În situaţia în care se constată că deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu a asigurat prezenţa medicamentelor pe piaţă, conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista preţurilor de decontare, 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 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 şi altele asemenea la nivelul preţului de decontare prevăzut la alin. (1), fără a încasa contribuţie personală pentru acest preţ de la asiguraţi.

 (6) În cazul în care preţul cu amănuntul maximal cu TVA calculat pe unitatea terapeutică al medicamentului prescris este mai mare decât preţul de decontare, farmaciile cu circuit deschis aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot încasa de la asiguraţi, numai cu acordul şi la solicitarea acestora, 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 versoul prescripţiei.

 (7) Pentru medicamentele utilizate în cadrul programelor naţionale de sănătate care se importă cu avizul Ministerului Sănătăţii, preţul de decontare se stabileşte în condiţiile legii.

 (8) Medicamentele care se acordă în cadrul programelor naţionale de sănătate pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, precum şi celor care au efectuat transplant şi 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.

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

 (10) Medicamentele specifice 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 reprezentate prin factorii de creştere leucocitari care corespund DCI-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum şi Fulvestrantum şi medicamentele de tip imunomodulator care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A şi Interferonum alfa 2B, Bortezomibum, Trastuzumabum, Rituximabum ~~(forme cu administrare subcutanată)~~;

 b) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităţilor sanitare aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele 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.

 (11) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu unele boli rare, boli endocrine, 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/condică medicală. În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripţii/file de condică se depun la casele de asigurări de sănătate, împreună cu borderoul centralizator şi rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

 (12) 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. În vederea justificării consumurilor de medicamente specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripţii/file de condică se depun la direcțiile de sănătate publică sau, după caz, la unitățile de asistență tehnică și management, împreună cu borderoul centralizator şi rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

 ART. 26

 (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 specifice 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 prin ordin al ministrului sănătăţii, în condiţiile legii.

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

 ART. 27

 (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 specifice 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 ce se asigură bolnavilor cuprinşi în programele naţionale de sănătate, utilizând prescrierea electronică, se stabilesc prin normele tehnice aprobate prin ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Prescrierea electronică a medicamentelor/materialelor sanitare 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 specifice, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, sunt obligaţi să utilizeze prescripţia medicală electronică pentru medicamente/materiale sanitare specifice 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 potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, cu modificările ulterioare. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru\*) privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anii anii 2015 şi 2016.

 (5) Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naţionale de asigurări de sănătate curative au obligaţia să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

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

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

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

 (7) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (6), nerespectarea obligaţiei de la art. 25 alin. (5) 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.

 (8) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (6) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate şi se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (6) depăşeşte prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

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

 (10) Pentru cazurile prevăzute la alin. (6), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare program/subprogram naţional de sănătate curativ şi pe fiecare medic prescriptor.

 ART. 28

 (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. 49 alin. (3) - (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

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

 ART. 29

 (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 organizatorice 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. 53 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, 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. 53 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

 ART. 28 30

 (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. 31

 (1) Realizarea imunizării copiilor din grupele eligibile pentru vaccinare, stabilite conform calendarului naţional de vaccinare, precum şi realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătăţii sau direcţiile de sănătate publică, ca 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 de stat şi/sau din veniturile proprii ale Ministerului Sănătăţii, pentru care se efectuează achiziţii centralizate la nivel naţional, furnizorii de servicii medicale care implementează programe naţionale de sănătate publică pot primi produsele achiziţionate în baza contractelor încheiate cu direcţiile de sănătate publică, în condiţiile prevăzute prin normele tehnice.

 (3) Pentru realizarea activităţilor prevăzute la alin. (1) medicii care deservesc unităţile de învăţământ pot primi produsele achiziţionate centralizat în baza contractelor încheiate între reprezentantul autorităţii locale unde îşi desfăşoară activitatea şi direcţiile de sănătate publică.

 ART. 32

 La implementarea programelor naţionale de sănătate finanţate din bugetul Ministerului Sănătăţii sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de medicamente, vaccinuri, reactivi şi altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate conform normelor tehnice.

 ART. 33

 Cheltuielile angajate, lichidate şi ordonanţate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naţionale de sănătate în anul precedent şi neplătite până la sfârşitul acestuia se vor plăti în anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele naţionale de sănătate pentru anul în curs.

 ART. 34

 Sumele aprobate pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate în anii 2015 şi 2016 se utilizează după cum urmează:

 a) pentru realizarea obiectivelor şi activităţilor desfăşurate în anii 2015 şi 2016;

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

 ART. 35

 În vederea derulării în bune condiţii a programelor naţionale de sănătate, în urma evaluărilor trimestriale ale indicatorilor specifici şi în funcţie de realizarea obiectivelor şi activităţilor propuse se stabileşte modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

 ART. 36

 În cadrul programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă efectuate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate este, după caz, tarif pe şedinţă de hemodializă convenţională, tarif pe şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line, tarif/pacient cu dializă peritoneală continuă/an şi tarif/pacient cu dializă peritoneală automată/an, tarife care sunt exprimate în lei şi sunt prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

ART. 37

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

 ART. 38

 (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. 39

 Unităţile de specialitate care derulează programe naţionale de sănătate au obligaţia să respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi 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. 40

 Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2015

ANEXA

STRUCTURA

programelor naţionale de sănătate şi obiectivele acestora pentru anii 2015 şi 2016

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

 STRUCTURĂ:

 I. Programele naţionale de boli transmisibile

 1. Programul naţional de imunizare

 Obiectiv:

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

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

 2. Programul naţional de supraveghere şi control al 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 al infecţiei HIV

 Obiective:

1. reducerea răspândirii infecției HIV prin depistarea precoce a persoanelor infectate în rândul celor cu comportament la risc pentru infecția HIV precum și prin depistarea precoce a persoanelor infectate HIV simptomatice;
2. reducerea morbidităţii asociate cu infecţia HIV prin asigurarea tratamentului bolnavilor cu infecţie HIV/SIDA

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

 a) reducerea prevalenţei şi a mortalităţii TB;

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

 c) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;

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

 5. Programul naţional de supraveghere şi control al infecţiilor nosocomiale şi monitorizare a utilizării antibioticelor şi a antibioticorezistenţei

 Obiectiv:

 Creşterea calităţii serviciilor medicale în unităţile sanitare cu paturi prin reducerea riscului de a dezvolta o infecţie nosocomială

 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 activă a cancerului prin screenig organizat

 Obiective:

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

 Structură:

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

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

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

 Obiective:

 a) prevenirea depresiei şi a suicidului;

 b) promovarea sănătăţii mintale la locurile de muncă;

 c) asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii şi adolescenţi;

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

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

 Obiective:

 a) creşterea numărului de donatori vii, donatori aflaţi în moarte cerebrală, precum şi de donatori fără activitate cardiacă;

 b) coordonarea activităţilor de transplant;

 c) asigurarea testării imunologice şi virusologice a potenţialilor donatori, precum şi a receptorilor;

 d) asigurarea supleerii fiziologice a organelor aflate în insuficienţă cronică ireversibilă şi/sau înlocuirea ţesuturilor nefuncţionale prin transplant de organe, ţesuturi şi/sau celule;

 e) evaluarea periodică a pacienţilor transplantaţi și a donatorilor vii;

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

 g) tratamentul infertilităţii cuplului.

 Structură:

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

2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice periferice şi centrale

3. Subprogramul de fertilizare in vitro şi embriotransfer

 4. Programul naţional de boli endocrine

 Obiectiv:

 Prevenirea şi depistarea precoce a afecţiunilor endocrine cu impact major asupra stării de sănătate a populaţiei, în scopul morbidității prin:

- guşă datorată carenţei de iod şi complicaţiilor sale.

 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 populaţie prin promovarea unui stil de viaţă sănătos şi combaterea principalilor factori de risc

 Structură:

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

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

 VI. Programul naţional de sănătate a femeii şi copilului

 Obiective:

1. ameliorarea stării de nutriţie a mamei şi copilului
2. îmbunătățirea stării de sănătate a copilului
3. îmbunătățirea stării de sănătate a femeii
4. reducerea riscului de mortalitate infantilă și maternă

 Structură:

 1. Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriţie a mamei şi copilului

 2. Subprogramul de sănătate a copilului

 3. Subprogramul de sănătate a femeii

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

 STRUCTURĂ:

 Programul naţional de boli cardiovasculare

 Obiectiv:

 Tratamentul bolnavilor cu afecţiuni cardiovasculare prin:

 a) proceduri de cardiologie intervenţională;

 b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

 c) proceduri de chirurgie vasculară;

 d) proceduri cardiologie intervenţională ale malformaţiilor cardiace la copil.

 Programul naţional de oncologie

Obiective:

 a) tratamentul medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice;

 b) monitorizarea evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice;

 c) reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare;

 d) diagnosticul leucemiilor acute;

 e) radioterapia bolnavilor cu afecţiuni oncologice.

 Structură:

 1. Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice

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

 3. Subprogramul de reconstrucţie mamară după afecţiuni oncologice prin endoprotezare

 4. Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic şi biomolecular al leucemiilor acute.

 5. Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecţiuni oncologice

 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)

 Programul naţional de diabet zaharat

 Obiective:

 a) prevenţia secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c)];

 b) asigurarea tratamentului medicamentos al pacienţilor cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor specifice (pompe de insulină şi materiale consumabile pentru acestea);

 c) automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi.

 Programul naţional de tratament al bolilor neurologice

 Obiectiv:

 Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă

 Programul naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei

 Obiectiv:

 Tratamentul bolnavilor cu hemofilie şi talasemie

 Programul naţional de tratament pentru boli rare

 Obiectiv:

 Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice

 Programul naţional de sănătate mintală

 Obiectiv:

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

 Programul naţional de boli endocrine

 Obiectiv:

 Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu osteoporoză, guşă datorată carenţei de iod şi proliferări maligne

 Programul naţional de ortopedie

 Obiectiv:

 Asigurarea tratamentului:

 a) bolnavilor cu afecţiuni articulare prin endoprotezare;

 b) pierderilor osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoproteze articulare tumorale;

 c) bolnavilor cu diformităţi de coloană vertebrală prin implant segmentar de coloană;

 d) bolnavilor cu patologie tumorală, degenerativă sau traumatică prin chirurgie spinală.

 e) tratamentul instabilităţilor articulare cronice prin implanturi de fixare.

Programul naţional de transplant de organe, ţesuturi şi celule de origine umană

 Obiective:

 a) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienţilor cu transplant;

 b) tratamentul recidivei hepatitei cronice cu virus hepatitic B la pacienţii cu transplant hepatic.

 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

 Programul naţional de terapie intensivă a insuficienţei hepatice

 Obiectiv:

 Tratamentul pacienţilor cu insuficienţă hepatică prin epurare extrahepatică

 Programul naţional de diagnostic şi tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanţă

 Obiective:

 a) asigurarea investigaţiilor diagnostice şi a tratamentului unor afecţiuni complexe cu ajutorul dispozitivelor de înaltă performanţă;

 b) tratamentul bolnavilor cu maladia Parkinson prin implantarea dispozitivelor de stimulare profundă;

 c) tratamentul bolnavilor cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos prin proceduri microchirurgicale sau prin implantarea unui stimulator al nervului vag;

 d) tratamentul bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal;

 e) tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular.

 f) tratamentul de stimulare profundă cerebrală la bolnavii cu distonii generalizate sau distonii focale/segmentare rezistente la terapia cu toxină botulinică.

 Structură:

 1. Subprogramul de radiologie intervenţională

 2. Subprogramul de diagnostic şi tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

 3. Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

 4. Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

---------------