



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 181 (XXV) — Nr. 175 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 29 martie 2013

SUMAR

	<u>Pagina</u>
Anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014	3–98

ACTE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014*)

Văzând Referatul de aprobare nr. DG 671 din 29 martie 2013 al Directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 48 alin. (1) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014,

în temeiul art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prezentul ordin intră în vigoare începând cu 1 aprilie 2013.

Art. 3. — Direcțiile de specialitate din Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate prin care se derulează programe naționale de sănătate curative vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 4. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Doru Bădescu

București, 29 martie 2013.
Nr. 190.

*) Ordinul nr. 190/2013 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 175 din 29 martie 2013 și este reprodus și în acest număr bis.

ANEXA

NORMELE TEHNICE DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE PENTRU ANII 2013 ȘI 2014

CAPITOLUL I

CADRUL GENERAL DE REALIZARE A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 1

Programele naționale de sănătate curative, reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale și au drept scop asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice.

ART. 2

(1) Bugetul alocat programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014 este prevăzut la capitolul VII din prezenta anexă și este aprobat anual în Legea bugetului de stat.

(2) Structura programelor naționale de sănătate curative finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, obiectivele, criteriile de eligibilitate stabilite de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, indicatorii specifici, natura cheltuielilor, precum și unitățile sanitare prin care se derulează programele naționale de sănătate curative sunt prevăzute la capitolul VIII din prezenta anexă.

ART. 3

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

(2) Implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin structuri din cadrul sistemului de sănătate publică cu atribuții în acest sens, numite în continuare unități de specialitate.

(3) Unitățile de specialitate sunt:

- a) instituții publice;
- b) furnizori publici de servicii medicale;
- c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacității furnizorilor publici de servicii medicale;
- d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

(4) Coordonarea tehnică și metodologică pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative se asigură de către experți desemnați ca și coordonatorii naționali prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(5) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate curative și casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt rapoarturi juridice civile, care vizează

acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2014.

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

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

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

(9) Modelele de contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate curative încheiate între casele de asigurări de sănătate și unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate curative sunt prevăzute în anexele nr. 1, 2 și 3 la prezentele norme.

ART. 4

(1) Programele naționale de sănătate curative sunt finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

(2) În anul 2013, finanțarea programelor naționale de sănătate se realizează inclusiv din transferuri de la bugetul de stat și din venituri proprii, prin bugetul Ministerului Sănătății, către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru:

- a) achitarea obligațiilor de plată înregistrate în limita creditelor de angajament aprobate pentru programele naționale de sănătate a căror finanțare se asigură până la data de 31 martie 2013, inclusiv, prin transfer din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- b) achitarea obligațiilor de plată înregistrate în limita creditelor de angajament aprobate pentru Programul național de boli transmisibile a cărui finanțare se asigură până la data de 31 martie 2013, inclusiv, din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

(3) Sumele alocate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative se utilizează pentru:

a) asigurarea, după caz, în spital și în ambulatoriu, a unor medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea specifice unor boli cronice cu impact major asupra sănătății publice acordate bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate curative;

b) asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul

nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților.

c) asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate

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

ART. 5

Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, utilizate în unitățile sanitare cu paturi pentru tratamentul bolnavilor pe perioada spitalizării acestora sau, după caz, eliberate prin farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul în regim ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate se achiziționează de către unitățile sanitare cu paturi prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la un preț de achiziție, care în cazul medicamentelor nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii; în cazul produselor biologice, achiziționarea se face pe denumire comercială.

ART. 6

(1) Sumele aferente programelor naționale de sănătate curative se alocă în baza contractelor negociate și încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, precum și între furnizorii privați de servicii de dializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată) și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

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

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

(4) Sumele prevăzute la alin. (2), precum și execuția înregistrată trimestrial și anual se publică pe site-ul Ministerului Sănătății.

(5) Unitățile de specialitate publică pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli și execuția înregistrată trimestrial și anual, pentru programele naționale de sănătate curative.

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

(7) Pentru programele naționale de sănătate finanțate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, sumele necesare se asigură lunar de către Ministerul Sănătății, în limita fondurilor aprobate prin legea bugetului de stat, la solicitarea fundamentată a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 7

(1) Pentru programele naționale de sănătate curative decontarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și altele asemenea pentru unitățile de specialitate aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate se realizează lunar, din fondurile aprobate cu această destinație.

(2) Decontarea serviciilor de supleere renală pentru furnizorii de dializă aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate, precum și pentru furnizorii privați de servicii de dializă aflați în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate se realizează lunar de casele de asigurări de sănătate, respectiv de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, din fondurile aprobate cu această destinație, cu condiția raportării datelor de către furnizori la Registrul renal român.

ART. 8

(1) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea se asigură, în condițiile legii, prin farmaciile unităților sanitare nominalizate să deruleze programele naționale de sănătate curative respective și/sau prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, după caz.

(2) Unitățile sanitare cu paturi care derulează programele naționale de sănătate curative sunt nominalizate de coordonatorii naționali prevăzuți la alin. (4) al art. 3 din prezentele norme.

ART. 9

Unitățile sanitare care derulează programe, prevăzute în prezentul ordin, raportează caselor de asigurări de sănătate indicatorii specifici pe baza evidenței tehnico-operative, în format electronic și pe suport hârtie, conform machetelor de raportare aprobate prin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 10

Casele de asigurări de sănătate raportează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, sumele contractate, sumele utilizate potrivit destinației acestora și indicatorii specifici conform machetelor aprobate, prevăzute la art. 9.

ART. 11

Modificarea structurii, sumelor și indicatorilor specifici pentru evaluarea și monitorizarea programelor, pe parcursul derulării acestora, se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătății.

ART. 12

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

ART. 13

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

ART. 14

Sumele aferente programelor naționale de sănătate curative sunt cuprinse în contractele negociate și încheiate, distinct, între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare/farmaciile cu circuit deschis prin care se derulează programele, între Casa Națională de Asigurări de Sănătate și furnizorii privați de servicii de dializă, autorizați de Ministerul Sănătății pentru servicii de hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line și pentru servicii de dializă peritoneală: continuă sau automată, după caz.

ART. 15

(1) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare prin care se derulează programele naționale de sănătate curative se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 1 la prezentele norme.

(2) Reprezentantul legal al unității sanitare încheie contract pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, Unitățile sanitare din rețeaua apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești încheie contracte pentru derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, avându-se în vedere la contractare și decontare asigurării, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luați în evidență.

(3) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și farmaciile cu circuit deschis, selectate în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat conform legii, prin care se derulează programele naționale de sănătate curative se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 2 la prezentele norme.

(4) Contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii prin care se derulează Programul național de diabet zaharat [dozarea hemoglobinei glicozilate (Hb A1c)] se realizează după modelul de contract prevăzut în anexa nr. 3 la prezentele norme.

ART. 16

Contractele încheiate între Casa Națională de Asigurări de Sănătate și furnizorii privați de servicii de dializă - hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată, autorizați și evaluați în condițiile legii, precum și între casele de asigurări de sănătate și unitățile sanitare publice se realizează în limita numărului de bolnavi prevăzut în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor, aprobate pentru anii 2013 și 2014 cu această destinație. În situația în care o unitate sanitară este inclusă în program pe parcursul derulării acestuia, contractul cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate se poate încheia prin preluarea bolnavilor existenți în program de la alte unități sanitare sau, după caz, prin includerea în program a unor bolnavi noi, cu încadrarea în numărul de bolnavi aprobat pentru respectivul program.

ART. 17

(1) Refuzul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunțarea unilaterală a contractului, precum și răspunsurile la cererile și la sesizările furnizorilor se vor face în scris și motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.

(2) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea contractelor dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau, de către instanțele de judecată, după caz.

(3) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu vor/va mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data încetării contractului.

(4) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu vor/va accepta înregistrarea în nici un alt contract a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 6 luni de la data modificării contractului.

(5) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevăzute la alin. (4) casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la

alin. (4) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

ART. 18

Sumele aferente programelor sunt prevăzute în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, la capitolul 66.05 "Sănătate", titlul 20 "Bunuri și servicii".

ART. 19

Sumele alocate programelor sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli aprobate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, caselor de asigurări de sănătate și, respectiv, ale unităților de specialitate prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

ART. 20

Sumele aferente medicamentelor eliberate prin farmaciile cu circuit deschis se cuprind în bugetele de venituri și cheltuieli ale caselor de asigurări de sănătate și distinct în contractele de furnizare de medicamente/materiale sanitare specifice, încheiate între acestea și farmaciile cu circuit deschis.

CAPITOLUL II

ACHIZIȚIA MEDICAMENTELOR, MATERIALELOR SANITARE, DISPOZITIVELOR MEDICALE ȘI ALTELE ASEMENEA SPECIFICE PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 21

(1) Lista denumirilor comune internaționale (DCI) corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații incluși în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu și spitalicesc este aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Lista denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) cuprinse în secțiunea C2 a sublistei C din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare se aprobă prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Din listă se exclud medicamentele din CANAMED pentru care deținătorul autorizației de punere pe piață nu face dovada că sunt îndeplinite prevederile art.

792 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, respectiv obligația de asigurare a unor stocuri adecvate și continue de medicamente; pentru medicamentele care dau prețul de decontare deținătorul autorizației de punere pe piață trebuie să asigure minimum 50% din necesarul de medicamente din cadrul unui DCI, pe fiecare formă farmaceutică și concentrație. Pentru medicamentele autorizate, nou intrate pe piață care au preț și au fost listate în CANAMED, deținătorul autorizației de punere pe piață este obligat să asigure medicamentul pe piață de la data avizării prețului în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților.

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

(5) Lista materialelor sanitare de care beneficiază asigurații incluși în programele naționale de sănătate curative este aprobată prin ordin al ministrului sănătății.

ART. 22

Pentru programele naționale de sănătate curative achiziția medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea eliberate bolnavilor pe perioada spitalizării se face, în condițiile legii, de către unitățile sanitare care derulează programele respective, la prețul de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii.

ART. 23

Pentru programele naționale de sănătate curative medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea necesare pentru tratamentul în ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează programul, se achiziționează de către acestea, la prețul de achiziție, care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii

CAPITOLUL III

DECONTAREA MEDICAMENTELOR ȘI/SAU A MATERIALELOR SANITARE SPECIFICE PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 24

(1) Casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate decontează contravaloarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altora asemenea, precum și a serviciilor de suplere renală acordate

în cadrul programelor naționale de sănătate curative, conform contractelor încheiate cu furnizorii.

(2) Decontarea medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea acordate în cadrul programelor se realizează lunar de către casele de asigurări de sănătate, din fondurile aprobate cu această destinație, în limita sumelor disponibile, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate și acordării vizei de „bun de plată”. Durata maxima de verificare a facturilor nu poate depăși 30 de zile de la data depunerii acestora.

(3) În vederea decontării contravalorii medicamentelor specifice acordate în cadrul programelor pentru tratamentul ambulatoriu, eliberate prin farmaciile cu circuit închis, prescripțiile/filele de condică se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator și rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

(4) În vederea decontării contravalorii testelor de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinoțrați eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, prescripțiile medicale se depun la casele de asigurări de sănătate împreună cu borderoul centralizator și facturi distincte: pentru medicamente specifice (insulină, insulină și ADO, după caz) și pentru teste de automonitorizare.

ART. 25

(1) Decontarea serviciilor de hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line, dializă peritoneală continuă și dializă peritoneală automată în sistem ambulatoriu, furnizate de unitățile sanitare care derulează Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, cuprinse în capitolul VIII, pct. 11, se realizează în conformitate cu prevederile Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 698/2010 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, cu modificările și completările ulterioare, la un tarif de 472 lei pentru ședința de hemodializă convențională, la un tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line de 536 lei, la tariful de 50.800 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală continuă și la tariful de 63.500 lei/an pentru un bolnav cu dializă peritoneală automată.

(2) Tarifele se vor actualiza în funcție de cursul valutar lei/euro utilizat în alcătuirea bugetului de stat, începând cu anul 2014, în limita bugetului disponibil.

(3) La regularizarea trimestrială tariful pentru bolnavul cu dializă peritoneală continuă se poate modifica, în funcție de ponderea relativă a acestei metode de tratament, în limita bugetului aprobat, după cum urmează:

a) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă

convențională) este $< 20\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 50.800 lei

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $20\% - 24,9\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 54.000 lei

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $\geq 25\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este de 56.400 lei.

Dacă pe durata derulării contractului ponderea numărului de bolnavi cu dializă peritoneală scade sub 20% , respectiv 25% , tariful pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă se va ajusta lunar, corespunzător serviciilor realizate.

(4) Includerea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut și în bugetul aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

Contractarea cu furnizorii publici și privați de servicii de hemodializă și dializă peritoneală, autorizați și evaluați în condițiile legii, se realizează pe baza modelului de contract încheiat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu furnizorii privați de servicii de dializă, aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și adaptat corespunzător, după caz.

ART. 26

Unitățile sanitare prin care se derulează programe în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate prezintă acestora, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare, indicatorii specifici programelor realizați în luna anterioară și documente justificative cu privire la sumele achitate, conform copiei ordinului de plată (cu ștampila trezoreriei) cu care s-a achitat contravaloarea facturii pentru medicamente și/sau materiale sanitare specifice aprovizionate pentru luna precedentă, cererea justificativă, însoțită de copia de pe factura emisă de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice aprovizionării pentru luna în curs, precum și prescripțiile medicale/filele de condică în baza cărora s-au eliberat medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu.

ART. 27

Casele de asigurări de sănătate vor analiza și valida, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la primire, situațiile prezentate de unitățile sanitare și gradul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior, precum și stocurile cantitativ-valorice și vor deconta lunar, în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării, contravaloarea facturilor prezentate în copie de unitatea prestatoare de servicii

medicale pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

ART. 28

Neprezentarea documentelor prevăzute la art. 26 de către unitățile sanitare atrage prelungirea termenului de decontare până la termenul următor prezentării documentelor.

ART. 29

(1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, care se asigură pacienților și bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se eliberează și se decontează la nivelul prețului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați.

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

CAPITOLUL IV

PRESCRIEREA ȘI ELIBERAREA MEDICAMENTELOR ȘI A MATERIALELOR SANITARE SPECIFICE DECONTATE ÎN CADRUL PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 30

(1) Medicamentele/materialele sanitare se acordă bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu, pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Pentru prescrierea medicamentelor materialele sanitare care se acordă în tratamentul ambulatoriu bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line .

În cadrul programelor naționale de sănătate curative, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare, iar formularul de prescripție medicală cu regim special este considerat prescripție medicală off-line.

Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope și își păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală, precum și a medicamentelor/materialelor sanitare ce se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere și componentă eliberare.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice și sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale/medic, care are contract/convenție pentru prescriere de medicamente/materiale sanitare în cadrul programelor naționale de sănătate curative.

(3) Casele de asigurări de sănătate organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line pe fiecare program/subprogram, respectiv pe fiecare medic prescriptor.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componentă prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinse și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

(5) Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se depune la casa de asigurări de sănătate împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), factura și borderoul centralizator în vederea decontării. Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat inclusiv de către asigurat/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia. În cazul eliberării medicamentelor prescrise de mai mult de o farmacie, prescripția medicală (componenta prescriere) se depune la casa de asigurări de sănătate numai de prima farmacie care a eliberat medicamente.

(6) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două

exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) o atașează la factura și borderoul centralizator care se depun la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării. Farmacia își poate păstra o copie după prescripția medicală electronică (componenta prescriere).

(7) În cazul prescrierii electronice off-line medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, dintre care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o atașează, alături de un exemplar al prescripției (componenta prescriere) depuse de asigurat, la factura și borderoul centralizator care se înaintează la casa de asigurări de sănătate în vederea decontării.

(8) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice care nu conțin toate datele obligatoriu a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală cu regim special, respectiv în formularul de prescripție medicală electronică, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

(9) Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumirea comercială, justificarea medicală va avea în vedere efectele secundare sau ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI și pentru care medicul prescriptor a întocmit fișă de farmacovigilență pe care a înaintat-o Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. Prescrierea medicamentelor cu aprobarea comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se realizează în baza referatului de justificare prevăzut în anexa nr. 4.

(10) Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele/materiale sanitare pentru tratamentul ambulatoriu în cadrul programelor naționale de sănătate curative constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

(11) Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripția medicală, pe care se menționează numele, prenumele, seria și numărul actului de identitate, codul numeric personal (CNP)/codul unic de asigurare/numărul cardului european/numărul pașaportului corespunzătoare acestuia și data eliberării medicamentelor.

(12) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line, în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acesteia, pe care primitorul semnează cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescripție a medicamentelor la care renunță și care se depune de farmacia la casa de asigurări de sănătate. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nici o altă farmacie.

(13) Pentru prescripția electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță, și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamentele va lista un exemplar, (componenta eliberare), cu DCI-urile/medicamentele eliberate, care va fi înmânat asiguratului pentru a se prezenta la altă farmacie.

(14) Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera de către o singură farmacie.

(15) Medicamentele, materialele sanitare specifice, dispozitivele medicale și altele asemenea, necesare derulării unor programe naționale de sănătate curative, nominalizate la capitolul VIII, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare nominalizate.

(16) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie unele boli rare, boli endocrine, precum și pentru tratamentul substitutiv cu metadonă cuprinși în programele naționale de sănătate curative, se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală electronică/condică medicală.

(17) Medicamentele specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, pentru tratamentul stării posttransplant al pacienților transplantați și pentru tratamentul pacienților cu unele boli rare (mucoviscidoză, scleroză laterală amiotrofică, epidermoliză buloasă și sindromul Prader Willi) se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis.

(18) Medicamentele specifice care se acordă pe perioada spitalizării bolnavilor incluși în Programul național de oncologie se eliberează prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare; achiziționarea acestora se realizează de către unitatea sanitară, cu respectarea legislației în domeniul

achiziției publice, la prețul de achiziție, care în cazul medicamentelor nu poate depăși prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

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

a) prescrierea medicamentelor oncologice cu forme farmaceutice cu administrare intramusculară/subcutanată se face pe prescripție medicală distinctă, pentru fiecare tip de administrare; în cazul medicamentelor cu administrare subcutanată, prescrierea se face pentru o perioadă de maximum o lună calendaristică;

b) pentru medicamentele oncologice cu administrare orală se întocmesc prescripții medicale distincte; pentru medicamentele corespunzătoare DCI-ului Imatinibum, prescrierea se va face pe denumire comercială cu menționarea în prescripție și a denumirii comune internaționale;

c) eliberarea se realizează astfel:

c1) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru factorii de creștere leucocitari care corespund DCI-urilor: Filgrastimum, Pegfilgrastimum, medicamentele de tip hormonal care corespund DCI-urilor: Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum și Fulvestrantum și medicamentele de tip imunomodulator care corespund DCI-urilor Interferonum alfa 2A și Interferonum alfa 2B, Bortezomibum;

c2) prin farmaciile cu circuit închis din structura unităților sanitare aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare parenterală.

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

(21) Pentru tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat se vor completa prescripții medicale distincte: pentru medicamente antidiabetice orale, pentru medicamente antidiabetice de tipul insulinelor și teste de automonitorizare și pentru medicamente antidiabetice orale, antidiabetice de tipul insulinelor și teste de automonitorizare pentru tratamentul mixt al bolnavilor diabetici.

(22) Testele de automonitorizare a bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis și se asigură în baza contractelor de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente. Prescrierea acestora se face împreună cu prescrierea tratamentului cu insulină, pe același formular de prescripție medicală, pe o perioadă de maximum 3 luni. Numărul de teste de automonitorizare este de până la 100

teste/lună pentru un copil cu diabet zaharat insulinodependent și până la 100 teste pentru 3 luni pentru un adult cu diabet zaharat insulinotratat. Farmaciile sunt obligate să asigure în termen de maximum 48 de ore testele prescrise pacientului, dacă acestea nu există în farmacie la momentul solicitării. Decizia privind prescrierea unui număr mai mic de teste sau de a întrerupe acordarea testelor aparține medicului prescriptor.

ART. 31

Eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare se face pe bază de prescripție medicală electronică/condică de medicamente, după caz.

ART.32

Prescrierea și eliberarea medicamentelor antidiabetice, medicamentelor oncologice specifice și a medicamentelor specifice necesare tratamentului stării posttransplant în ambulatoriu, nominalizate prin ordin al ministrului sănătății privind aprobarea prețului de decontare, se realizează astfel:

a) Tratamentul specific bolnavilor cu diabet zaharat se inițiază de către medicul specialist diabetolog sau de către medicul cu competență/atestat în diabet și poate fi continuat pe baza scrisorii medicale de către medicii desemnați. Medicii desemnați sunt medicii specialiști (medicină internă, medicină de familie), nominalizați de direcția de sănătate la propunerea unității județene pentru implementarea Programului național de diabet zaharat, în situația în care există un deficit de medici diabetologi, sau cu competență în diabet, nutriție și boli metabolice la nivel județean. Unitatea județeană este formată din:

- coordonatorul local al programului, medici diabetologi sau cu competență în diabet, nutriție și boli metabolice aflați în relație cu casele de asigurări de sănătate;

- responsabilul programului de la nivelul direcției de sănătate;

- responsabilul programului de la nivelul casei de asigurări de sănătate.

Medicii de familie desemnați în situația în care există un deficit de medici diabetologi sau cu competență în diabet, nutriție și boli metabolice la nivel județean pot prescrie în baza scrisorii medicale numai medicamente ADO.

b) Tiazolidindionele și combinațiile acestora, eliberate la preț de decontare, se aprobă de către comisia de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, la propunerea medicului diabetolog sau a medicului cu competență/atestat în diabet, conform protocoalelor terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății. Inițierea tratamentului cu tiazolidindione și combinațiile acestora pentru pacienții care îndeplinesc criteriile de eligibilitate se face numai cu încadrarea în sumele alocate în acest sens.

c) Eliberarea pompelor de insulină se realizează prin centrele metodologice regionale. Eliberarea dispozitivelor de administrare a insulinei (seringi, penuri și ace), precum și instruirea pacientului care își administrează insulina privind tehnica de administrare a insulinei și modalitatea de utilizare a seringii sau

penului (unghiul sub care se introduce acul, rotația locurilor de injectare, adâncimea injecției etc.) se fac de către medicul diabetolog sau cu competență/atestat. Informarea și instruirea pacienților se vor face particularizat pentru fiecare tip de pen utilizat, în funcție de insulina umană specifică prescrisă. Recuperarea dispozitivelor de administrare a insulinei se face prin cabinetele prin care acestea s-au distribuit și care vor respecta regulile de colectare și distrugere a deșeurilor de această natură.

d) Pentru tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu, medicul specialist din centrele acreditate pentru activitatea de transplant și nominalizate prin ordin al ministrului sănătății care are în evidență și monitorizează pacienții transplantați eliberează scrisoare medicală către medicul prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate la care pacientul se află în evidență. În situația prescrierii tratamentului cu medicamente imunosupresoare, atât pentru bolnavii în status posttransplant aflați în tratament cu medicamente de referință imunosupresoare, cât și pentru bolnavii nou-transplantați, în scrisoarea medicală se consemnează, în mod obligatoriu, denumirea comună internațională a medicamentului, denumirea comercială a acestuia, doza de administrare recomandată, forma de prezentare și perioada de valabilitate a prescrierii medicale. Scrisoarea medicală are valabilitate pe o perioadă maximă de 6 luni calendaristice.

În situația în care valoarea prescripției medicale este mai mare de 3.000 lei pe lună, aceasta se eliberează în farmacie numai dacă are aprobarea șefului centrului acreditat.

Pentru următoarele DCI-uri: VORICONAZOLUM și VALGANCICLOVIRUM, precum și în cazul inițierii sau, după caz, menținerii tratamentului cu medicamente imunosupresoare de referință pentru prevenirea rejektului de grefă, prescrierea și eliberarea medicamentelor se fac numai cu aprobarea Agenției Naționale de Transplant. Referatul de aprobare se completează de către medicul specialist din centrele acreditate, care îl transmite spre aprobare șefului centrului și, după caz, Agenției Naționale de Transplant. În termen de două zile aceștia trimit un exemplar al referatului medicului care l-a transmis. Celălalt exemplar se înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea analizării și validării prescripției medicale în vederea decontării. Pe baza referatului aprobat de comisie, medicul va întocmi prescripția medicală, cu obligativitatea menționării perioadei pentru care a făcut prescrierea, perioadă care poate fi de până la maximum 90/91/92 de zile, după caz, și o înmânează, împreună cu referatul, asiguratului. Acesta îl păstrează pe toată perioada de valabilitate a referatului, pe care îl prezintă farmaciei în vederea eliberării medicamentelor.

Pentru bolnavii în status posttransplant aflați în tratament cu medicamente de referință imunosupresoare substituția cu medicamente generice se realizează numai la recomandarea medicilor specialiști din centrele acreditate pentru

activitatea de transplant și în condițiile monitorizării terapeutice a imunosupresiei, în mod similar cazurilor nou-transplantate.

În situația realizării substituției medicamentelor de referință imunosupresoare cu medicamente generice imunosupresoare fie din inițiativa medicilor specialiști din centrele acreditate pentru activitatea de transplant, fie a farmaciștilor, se menține tratamentul imunosupresor de substituție pentru a se evita riscurile de rejeț al grefelor transplantate.

e) Pentru tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice inițierea și continuarea tratamentului se fac de către medicul oncolog sau hematolog, după caz.

f) În cadrul Programului național de oncologie, pentru următoarele DCI-uri: ERLOTINIBUM, IMATINIBUM, TRASTUZUMABUM, BEVACIZUMABUM, FLUDARABINUM, RITUXIMABUM, BORTEZOMIBUM, ALEMTUZUMABUM, CETUXIMABUM, SUNITINIBUM, SORAFENIBUM, DASATINIBUM, PEMETREXEDUM inițierea și continuarea tratamentului se fac numai cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar pentru următoarele DCI-uri: PEGFILGRASTIMUM, INTERFERONUM ALFA 2b și INTERFERONUM ALFA 2a inițierea și continuarea tratamentului se fac numai cu aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, în baza documentelor și referatului de aprobare transmis către acestea de către medicul prescriptor.

g) Medicamentele prevăzute la lit. f), pentru care inițierea și continuarea tratamentului se fac numai cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv a comisiei de la nivelul casei de asigurări de sănătate, se eliberează la nivelul farmaciilor cu circuit închis ale unităților sanitare/farmaciilor cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru medicamentele oncologice specifice care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis, medicul prescriptor întocmește prescripția medicală cu obligativitatea menționării perioadei pentru care a făcut prescrierea, pe care o înmânează bolnavului împreună cu copia referatului aprobat; pentru eliberarea acestora bolnavul prezintă farmaciei cu circuit deschis prescripția medicală și copia referatului. Pacientul păstrează copia referatului de aprobare pe toată perioada de valabilitate a acestuia. Pentru asigurarea continuității și eficienței tratamentului, bolnavul va rămâne în evidența medicului care a inițiat schema de tratament pe toată perioada efectuării acesteia. În cazuri justificate, în care bolnavul se adresează unui alt medic oncolog sau hematolog decât cel care a întocmit referatul, medic aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, bolnavul se poate transfera numai cu aprobarea casei de asigurări de sănătate cu care medicul respectiv se află în relație contractuală.

h) comisia de la nivelul casei de asigurări de sănătate care aprobă inițierea și continuarea tratamentului cu medicamentele prevăzute la lit. f) este formată din:

un reprezentant al direcției de sănătate publică, un reprezentant al casei de asigurări de sănătate și medicul coordonator al programului.

i) Pentru următoarele DCI-uri: INTERFERONUM BETA 1a, INTERFERONUM BETA 1b, GLATIRAMER ACETAT, NATALIZUMABUM, inițierea tratamentului bolnavilor cu scleroză multiplă se face numai cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

j) Pentru DCI-ul DEFERASIROXUM din Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare, inițierea și continuarea tratamentului se fac numai cu aprobarea comisiei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

k) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele, respectiv materialele sanitare sunt de până la 30, respectiv 31 de zile, după caz, cu excepția medicamentelor specifice tratamentului bolnavilor cu diabet zaharat, cu afecțiuni oncologice, cu scleroză multiplă, hipertensiune arterială pulmonară și pentru stări posttransplant, respectiv a materialelor sanitare specifice tratamentului bolnavilor cu epidermoliză buloasă cuprinși în programele naționale de sănătate curative pentru care perioada poate fi de până la 90/91/92 de zile, după caz. Pentru bolnavii cu afecțiuni oncologice și bolnavii cu scleroză multiplă, la stabilirea perioadei de prescriere se vor avea în vedere starea bolnavului la momentul prescrierii și prognosticul bolii.

CAPITOLUL V RESPONSABILITĂȚILE/OBLIGAȚIILE SPECIFICE ÎN DERULAREA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE

ART. 33

Unitățile sanitare prin care se derulează programe naționale de sănătate curative au următoarele responsabilități:

- a) răspund de utilizarea fondurilor primite potrivit destinației aprobate;
- b) dispun măsurile necesare în vederea asigurării realizării obiectivelor programului;
- c) răspund de organizarea, monitorizarea și buna desfășurare a activităților medicale din cadrul programelor de sănătate;
- d) organizează evidența bolnavilor care beneficiază de medicamente și/sau de materiale sanitare specifice prescrise și eliberate în cadrul programelor, precum și de servicii de suplere renală, după caz, prin înregistrarea la nivel de pacient, în format electronic, a următorului set minim de date: CNP bolnav, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;
- e) răspund de raportarea corectă și la timp a datelor către casele de asigurări de sănătate;

f) transmit caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale (cumulat de la începutul anului) și anuale, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea, cuprinzând indicatorii fizici și de eficiență, precum și valoarea medicamentelor și a materialelor sanitare consumate pentru tratamentul bolnavilor, valoarea serviciilor de supleere renală, corespunzătoare programelor finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

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

h) indicatorii de eficiență reprezintă costul mediu/bolnav tratat și se calculează ca raport între valoarea medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice consumate pentru tratamentul bolnavilor și numărul de bolnavi beneficiari în cadrul fiecărui program, iar pentru serviciile de supleere renală, ca raport între cheltuielile pentru serviciile de supleere renală și numărul de bolnavi dializați;

i) răspund de modul de organizare a contabilității, a evidențelor tehnico-operative, de utilizarea sumelor potrivit destinațiilor aprobate, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, precum și de exactitatea și realitatea datelor raportate caselor de asigurări de sănătate;

j) răspund de gestionarea eficientă a mijloacelor materiale și bănești și de organizarea evidențelor contabile a cheltuielilor pentru fiecare program și pe paragrafele și subdiviziunile clasificăției bugetare, atât pentru bugetul aprobat, cât și în execuție.

ART. 34

Pentru nerespectarea responsabilităților în derularea programelor naționale de sănătate curative se vor aplica sancțiuni similare sancțiunilor prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat conform legii pentru serviciile medicale.

ART. 35

(1) Casele de asigurări de sănătate, prin direcțiile și structurile implicate în derularea programelor naționale de sănătate, au următoarele responsabilități:

a) răspund de asigurarea, urmărirea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor;

b) realizează analiza și monitorizarea derulării programelor prin indicatorii fizici și de eficiență realizați transmiși de unitățile sanitare;

c) realizează validarea facturilor depuse în vederea decontării, în termen de 30 de zile de la depunerea documentelor justificative;

d) raportează Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, lunar, trimestrial (cumulat de la începutul anului) și anual, în primele 15 zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, sumele alocate de acestea pentru fiecare program național de sănătate curativ, sumele utilizate de unitățile

sanitare și farmaciile cu circuit deschis care derulează programe, precum și indicatorii fizici și de eficiență realizați, conform machetelor prevăzute la art. 9;

e) evaluează și fundamentează, în raport cu numărul de pacienți eligibili, fondurile necesare pentru asigurarea tratamentului cu medicamentele care sunt aprobate la nivelul comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate;

f) analizează și validează prescripțiile medicale eliberate în farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, în vederea decontării, pe baza referatelor de aprobare aflate în evidența caselor de asigurări de sănătate;

g) monitorizează consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul programelor, cu evidențe distincte pentru DCI-urile aprobate prin comisii, în limita fondurilor stabilite cu această destinație și comunicate comisiilor de experți;

h) analizează și validează în vederea decontării investigațiilor medicale paraclinice efectuate și raportate în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale paraclinice;

i) controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezențați;

j) realizează controlul încrucișat al dozărilor hemoglobinei glicozilate efectuate bolnavilor cu diabet zaharat și raportate în cadrul Programului național de diabet zaharat, cu aceleași investigații efectuate și decontate pentru acești bolnavi din fondurile alocate pentru alte tipuri de asistență medicală;

k) repartizează unităților sanitare fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative în funcție de indicatorii fizici și de eficiență realizați comparativ cu cei prevăzuți, precum și de stocurile existente.

(2) În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au și următoarele obligații:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative numai cu furnizorii de medicamente autorizați și evaluați conform reglementărilor legale în vigoare și să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web, lista acestora și valoarea orientativă de contract pentru informarea asiguraților; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora și a valorii orientative de contract, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiționale;

b) să urmărească lunar evoluția consumului de medicamente și de materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, comparativ cu fondul alocat cu această destinație, luând măsurile ce se impun.

ART. 36

Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin direcțiile de specialitate, are următoarele responsabilități:

a) răspunde de asigurarea, urmărirea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor;

b) realizează monitorizarea derulării subprogramelor prin indicatorii fizici și de eficiență realizați;

c) trimestrial și anual, întocmește un raport de analiză comparativă a indicatorilor prevăzuți față de cei realizați;

d) raportează Ministerului Sănătății modul de utilizare a sumelor transferate din bugetul acestuia în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;

e) transmite trimestrial, anual și ori de câte ori este nevoie, structurii din cadrul Ministerului Sănătății cu atribuții în elaborarea și coordonarea programelor naționale de sănătate indicatorii fizici și de eficiență ai programelor naționale de sănătate curative, precum și analiza modului în care acestea sunt derulate;

f) colaborează cu comisiile de experți de la nivel național, precum și cu coordonatorii naționali desemnați prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru implementarea programelor naționale de sănătate curative;

ART. 37

(1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice unor programe naționale de sănătate, respectiv Programul național de diabet zaharat, Programul național de oncologie, Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare (mucoviscidoză, scleroză laterală amiotrofică, epidermoliză buloasă, Sindromul Prader-Willi) și Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (tratamentul stării posttransplant), furnizorii de medicamente evaluați, și aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală, au obligațiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în lista C - secțiunea C2 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare; să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiași denumiri comune internaționale (DCI), cu prioritate la prețurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se

aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului și înregistrată la furnizor, în maximum 48 de ore, cu medicamentele și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, dacă acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

b) să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale pentru materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative;

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

d) să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative - factură, borderou-centralizator, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal și a datei de emisie a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele și materialele sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative; sumele prevăzute în factură pentru medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate;

e) să respecte modul de eliberare a medicamentelor și modul de eliberare a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în condițiile reglementărilor legale în vigoare;

f) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor și materialelor sanitare eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

g) să elibereze medicamente, materiale sanitare, la nivelul prețului de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății.

(2) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru unele programe/subprograme naționale de sănătate curative evaluați, selectați și aflați în relație contractuală cu casele de

asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice au obligațiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și următoarele obligații:

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

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

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

d) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidența biletelor de trimitere/deciziilor de aprobare aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura;

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

CAPITOLUL VI CONTROLUL DERULĂRII PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

ART. 38

(1) Furnizorii au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate și raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din fond.

(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce privește documentele și termenele de punere la

dispoziție a acestora, se sancționează conform legii și poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

(3) Controlul indicatorilor din programele naționale de sănătate curative va urmări, în principal, următoarele obiective:

a) încadrarea în bugetul aprobat, precum și modul în care fondurile alocate au fost utilizate potrivit destinațiilor stabilite pentru realizarea obiectivelor propuse în programul respectiv;

b) respectarea de către persoanele implicate a responsabilităților legate de derularea programelor de sănătate;

c) realitatea indicatorilor raportați;

d) acuratețea și validarea datelor colectate și raportate;

e) eventuale disfuncționalități în derularea programelor.

ART. 39

În urma fiecărui control se va întocmi un raport de control care va fi comunicat entității controlate, în vederea implementării eventualelor măsuri dispuse, urmând ca în termen de 30 de zile calendaristice, aceasta să comunice modul de implementare a măsurilor. În cazul în care casa de asigurări de sănătate identifică probleme ce nu pot fi soluționate la nivel local, acestea vor fi transmise spre soluționare Direcției Control și Monitorizare din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 40

Pentru anul 2013, respectiv 2014 controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie 2014, respectiv 15 februarie 2015.

CAPITOLUL VII BUGETUL ALOCAT PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE APROBATE PENTRU ANUL 2013

Creditele bugetare și de angajament aferente programelor naționale de sănătate curative pe anul 2013

mii lei

Denumire programe naționale de sanatate curative	Credite de angajament an 2013	Credite bugetare an 2013, din care :	Sume primite de bugetul FNUASS prin transferuri de la Ministerul Sanatatii
Programul national de prevenire, supraveghere si control al infectiei HIV	60.000,00	201.700,00	137.609,00
Programul national de prevenire, supraveghere si control al tuberculozei	3.200,00	7.940,00	7.915,00

Programul national de oncologie	1.059.869,14	1.341.792,14	
Subprogramul de monitorizare activa a terapiilor specifice oncologice	2.531,00	8.471,00	
Programul national de diabet zaharat	769.476,86	940.216,86	3.885,00
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana	60.000,00	65.000,00	40.698,00
Programul național de tratament pentru boli rare *)	68.417,00	225.872,00	150.263,00
Programul național de tratament al bolilor neurologice	105.000,00		
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	36.350,00		
Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive)	6.349,00	7.900,00	6.031,00
Programul national de boli endocrine	4.500,00	4.500,00	
Programul national de ortopedie	39.800,00	39.800,00	
Programul national de terapie intensiva a insuficientei hepatice	900,00	900,00	
Programul național de depistare precoce activă a cancerului de col uterin	18.179,00	18.179,00	18.179,00
Programul național de boli cardiovasculare	57.853,00	57.853,00	
Programul national de sanatate mintala	1.400,00	1.400,00	
Program național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță, din care:	9.733,00	9.733,00	
<i>Subprogramul de radiologie intervențională</i>	<i>8.559,00</i>	<i>8.559,00</i>	
<i>Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos</i>	<i>510,00</i>	<i>510,00</i>	
<i>Subprogramul de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil</i>	<i>484,00</i>	<i>484,00</i>	
<i>Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular</i>	<i>180,00</i>	<i>180,00</i>	
Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica	687.132,00	687.132,00	

Total programe naționale de sanatate curative	2.990.690,00	3.618.389,00	364.580,00
--	---------------------	---------------------	-------------------

*) In creditele bugetare in suma de 225.872 mii lei sunt cuprinse si creditele bugetare aferente Programului național de tratament al bolilor neurologice si Programului național de tratament al hemofiliei și talasemiei

CAPITOLUL VIII

STRUCTURA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE APROBATE PENTRU ANII 2013 și 2014 FINANȚATE DIN BUGETUL FONDULUI NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Programul național de boli cardiovasculare:

Obiective:

Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

- a) proceduri de cardiologie intervențională;
- b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- c) proceduri de chirurgie vasculară;

Activități:

- a) tratamentul pacienților cu stenoze arteriale severe prin proceduri de dilatare percutană în raport cu profilul clinic și aspectul morfofuncțional;
- b) tratamentul pacienților cu aritmii rezistente la tratament convențional prin proceduri de electrofiziologie;
- c) tratamentul pacienților cu bradiaritmii severe prin implantare de stimuloare cardiace de diverse tipuri, în raport cu profilul clinic și electrofiziologic al aritmiei și cu starea clinică a pacientului;
- d) tratamentul pacienților cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratamentul convențional prin implantarea de defibrilatoare interne;
- e) tratamentul pacienților cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeecție < 35% prin implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă;
- f) tratamentul pacienților cu patologie cardiovasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie cardiovasculară;
- g) tratamentul pacienților cu patologie vasculară și indicație chirurgicală prin proceduri de chirurgie vasculară;

Criterii de eligibilitate:

- a) pentru proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale: pacienți cu stenoze arteriale severe cu indicație de dilatare percutană;
- b) pentru proceduri de electrofiziologie: pacienți cu aritmii rezistente la tratamentul convențional;

c) pentru implantare de stimulatoare cardiace: pacienți cu bradiaritmii severe, cu indicații de implantare de stimulatoare cardiace;

d) pentru implantare de defibrilatoare interne: pacienți cu aritmii ventriculare maligne rezistente la tratament convențional;

e) pentru implantarea de dispozitive de resincronizare cardiacă: pacienți cu insuficiență cardiacă, durată crescută a complexului QRS pe electrocardiogramă și fracție de ejeție < 35%;

f) pentru proceduri de chirurgie cardiovasculară: pacienți cu boli cardiovasculare cu indicație chirurgicală fără contraindicații majore;

g) pentru proceduri de chirurgie vasculară: pacienți cu afecțiuni vasculare cu indicație chirurgicală fără contraindicații majore.

Indicatori de evaluare:

1) Indicatori fizici:

a) numărul de bolnavi tratați prin proceduri de dilatare percutană/an: 3.400;

b) numărul de bolnavi tratați prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 300;

c) numărul de bolnavi tratați prin implantare de stimulatoare cardiace/an: 2.523;

d) numărul de bolnavi tratați prin implantare de defibrilatoare interne/an: 80;

e) numărul de bolnavi tratați prin implantarea de stimulatoare de resincronizare cardiacă/an: 80;

f) numărul de bolnavi (adulți) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 3.989;

g) numărul de bolnavi (copii) tratați prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 434;

h) numărul de bolnavi tratați prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 1.763.

2) Indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav tratat prin dilatare percutană/an: 3.157,47lei

b) cost mediu/bolnav tratat prin proceduri terapeutice de electrofiziologie/an: 5.500 lei;

c) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator cardiac/an: 2.600 lei;

d) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de defibrilator intern/an: 27.000 lei;

e) cost mediu/bolnav tratat prin implantare de stimulator de resincronizare cardiacă/an: 12.000 lei;

f) cost mediu/bolnav (adult) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 6.899,97 lei;

g) cost mediu/bolnav (copil) tratat prin intervenții de chirurgie cardiovasculară/an: 6.900,92 lei;

h) cost mediu/bolnav tratat prin intervenții de chirurgie vasculară/an: 3.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

a) cheltuieli pentru materiale sanitare specifice tratamentului prin procedeele specifice.

Unități care derulează subprogramul:

1) proceduri de dilatare percutană a stenozelor arteriale:

a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C. C. Iliescu" București;

b) Spitalul Universitar de Urgență București;

c) Spitalul Clinic de Urgență București;

d) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;

e) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București;

f) Spitalul Clinic de Urgență "Elias";

g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

h) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;

i) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;

j) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;

k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;

m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;

n) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";

o) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;

p) Clinicile ICCO Brașov;

q) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;

r) Spitalul Județean de Urgență Ploiești.

2) proceduri de electrofiziologie a aritmiilor:

a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București;

b) Spitalul Universitar de Urgență București;

c) Spitalul Clinic de Urgență București;

d) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;

e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;

g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;

h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;

i) Centrul de cardiologie Craiova;

j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;

k) Spitalul Clinic Colentina București.

3) implantare de stimulatori cardiace:

a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București;

b) Spitalul Universitar de Urgență București;

- c) Spitalul Clinic de Urgență București;
 - d) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
 - g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;
 - i) Centrul de cardiologie Craiova;
 - j) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan" București;
 - k) Spitalul Clinic "Colentina" București;
 - l) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
 - m) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
 - n) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
 - o) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
 - p) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
 - q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
 - r) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
 - s) clinicile ICCO Brașov;
 - ș) Spitalul Județean de Urgență Ploiești.
- 4) implantare de defibrilatoare interne:
- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București;
 - b) Spitalul Universitar de Urgență București;
 - c) Spitalul Clinic de Urgență București;
 - d) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
 - g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;
 - i) Centrul de cardiologie Craiova;
 - j) Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca;
 - k) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
 - l) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu".
- 5) resincronizare cardiacă în insuficiența cardiacă severă:
- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București;
 - b) Spitalul Universitar de Urgență București;
 - c) Spitalul Clinic de Urgență București;
 - d) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - f) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;

- g) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;
 - i) Centrul de cardiologie Craiova.
- 6) proceduri de chirurgie cardiovasculară adulți:
- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București;
 - b) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - c) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
 - d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș - Centrul pentru boli cardiovasculare și transplant;
 - e) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;
 - f) Spitalul Clinic de Urgență București;
 - g) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - h) Spitalul Universitar de Urgență București;
 - i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
 - j) Spitalul de Urgență "Dr. Agrippa Ionescu".
- 7) proceduri de chirurgie cardiovasculară copii:
- a) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș - Centrul pentru boli cardiovasculare și transplant;
 - c) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;
 - d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M.S. Curie".
- 8) proceduri de chirurgie vasculară:
- a) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București;
 - b) Centrul Clinic de Urgență de Boli Cardiovasculare al Armatei București;
 - c) Spitalul Universitar de Urgență București;
 - d) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București;
 - e) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca - Secția clinică de chirurgie vasculară;
 - g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - h) Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. George I.M. Georgescu" Iași;
 - i) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
 - j) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara;
 - k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
 - l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
 - m) Spitalul Județean de Urgență Brașov;
 - n) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Ioan cel Nou" Suceava;

- o) Spitalul de Urgență "Prof. Dr. Agrippa Ionescu";
- p) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- q) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara
- r) Spitalul Universitar de Urgență Elias .

Programul național de oncologie

Activități:

- asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu afecțiuni oncologice: citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere și inhibitori de osteoclaste în spital și în ambulatoriu.

Criterii de eligibilitate:

1) includerea în subprogram: după stabilirea diagnosticului de boală neoplazică și stadializarea extensiei tumorale, conform procedurilor recomandate de ghidurile și tratatele naționale și internaționale recunoscute;

2) excluderea din subprogram: după epuizarea dozelor de citostatice recomandate sau a timpului de acordare a tratamentului sau la solicitarea bolnavului, după caz;

3) reincluderea în subprogram: la constatarea recidivei sau a progresiei bolii stabilizate, când pacientul necesită reinstituirea tratamentului antineoplazic.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi tratați: 99.000;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat/an: 10.237,61 lei.

Natura cheltuielilor programului:

a) cheltuieli pentru medicamente specifice (citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creștere, inhibitori de osteoclaste).

Unități care derulează programul:

a) Institutul Oncologic "Prof. dr. Alexandru Trestioreanu" București;

b) Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj-Napoca;

c) Institutul Regional de Oncologie Iași;

d) Institutul Regional de Oncologie Timișoara;

e) unități sanitare care au în structură secții, compartimente, ambulatorii de specialitate sau cabinete medicale, inclusiv unități sanitare cărora le sunt arondate ambulatorii/cabinete medicale de specialitate, după caz, ce au în competență tratarea bolnavilor pentru afecțiuni oncologice și oncohematologice;

f) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;

g) farmacii cu circuit deschis.

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

Activități:

- reabilitarea auditivă prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)

Criteriile de eligibilitate:

- a) copii cu diagnostic cert de surditate;
- b) adulți cu diagnostic cert de surditate.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de implanturi cohleare: 61;
- număr de proteze auditive BAHA: 10;
- număr de proteze auditive VIBRANT: 6;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/implant cohlear: 95.819,67 lei;
- cost mediu/proteză auditivă BAHA: 24.000 lei;
- cost mediu/proteză auditivă VIBRANT: 44.000 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

- cheltuieli cu materiale specifice: implante cohleare și proteze auditive implantabile.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională O.R.L. "Prof. dr. Dorin Hociotă";
- b) Spitalul Clinic Colțea București;
- c) Spitalul Clinic Municipal Timișoara;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
- e) Spitalul Clinic de Recuperare Iași;
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
- h) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. Curie".

Programul național de diabet zaharat

Activități:

- 1) evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c);
- 2) asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat: insulină și ADO;
- 3) asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării persoanelor cu diabet zaharat insulinotratați.
- 4) asigurarea accesului la pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea pentru cazurile stabilite de coordonatorii naționali.

Criterii de eligibilitate:

- 1) activitatea 1): bolnavi cu diabet zaharat, la recomandarea medicului de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice;

2) activitatea 2):

a) pentru bolnavi beneficiari de insulină:

a.1) bolnavi cu diabet zaharat tip 1;

a.2) bolnavi cu diabet zaharat tip 2, care necesită tratament (temporar sau pe o durată nedefinită) cu insulină:

- atunci când, sub tratamentul maximal cu ADO și respectarea riguroasă a dietei, hemoglobina A1c depășește 7,5% (fac excepție cazurile în care speranța de viață este redusă);

- când tratamentul cu ADO este contraindicat;

- intervenție chirurgicală;

- infecții acute;

- infecții cronice (de exemplu, TBC pulmonar);

- evenimente cardiovasculare acute (infarct miocardic angoroinstabil, AVC);

- alte situații (intoleranță digestivă, stres);

- bolnave cu diabet gestațional.

b) pentru bolnavii beneficiari de medicamente ADO:

b.1) lipsa echilibrării la nivelul țintelor propuse exclusiv prin tratament nefarmacologic;

b.2) bolnavi cu diabet zaharat nou-descoperit cu glicemia a jeun > 180 mg/dl și/sau HbA1c \geq 8,0%.

3) activitatea 3: bolnavii cu diabet zaharat insulinoțrați, la recomandarea medicului de specialitate diabet, nutriție și boli metabolice și a medicului cu competență/atestat:

a) insulinoterapie în prize multiple sau cu insulinoterapie convențională;

b) autoajustarea zilnică a dozelor de insulină în funcție de automonitorizare.

Decizia de a întrerupe acordarea testelor de automonitorizare la bolnavii incluși în Programul național de diabet zaharat aparține în integralitate medicului de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și poate fi adoptată în următoarele condiții:

a) lipsa de aderență la programul de monitorizare și control medical de specialitate;

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină, nu își dovedește eficacitatea.

4) activitatea 4: bolnavii cu diabet zaharat care pot beneficia de pompe de insulină:

a) Bolnavi aflați în tratament permanent cu insulină:

a1) copii cu diabet zaharat tip I, la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie intensivă corect aplicată;

a2) adulți cu diabet zaharat tip 1 peste vârsta de 18 ani la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie intensivă corect aplicată.

b) Bolnavi aflați în tratament temporar cu insulină:

b1) gravide cu diabet zaharat tip I;

b2) diabet zaharat gestațional sau gravide cu diabet zaharat și insulinoterapie, la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie intensivă;

b3) orice tip de diabet zaharat, cu labilitate glicemică, care nu poate fi controlat prin insulinoterapie intensivă

c) Criterii de decizie a pacientului:

c1) motivație;

c2) aderență la programul de monitorizare și control (autoîngrijire, automonitorizare și autoajustarea dozelor de insulină);

c3) capacitate și abilități de utilizare a pompei;

c4) suport familial.

Decizia privind întreruperea utilizării unei pompe de insulină de către un bolnav aparține în exclusivitate medicului diabetolog și poate fi luată în următoarele condiții:

a) lipsa de aderență sau aderență necorespunzătoare a bolnavului la programul de monitorizare și control medical de specialitate pe parcursul utilizării pompei;

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină, nu își dovedește eficacitatea.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de persoane cu diabet evaluate prin dozarea hemoglobinei glicozilate: 50.000;

b) număr de bolnavi cu diabet zaharat tratați: 674.383

c) număr bolnavi automonitorizați: 135.751, din care:

c.1) număr copii cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizați: 2.751;

c.2) număr adulți cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizați: 133.000;

d) număr pompe de insulină și seturi de consumabile aferente acestora achiziționate la nivel național: 200;

e) număr seturi de consumabile pentru pompele de insulină: 297;

2) indicatori de eficiență:

a) cost/dozare de hemoglobină glicozilată: 20 lei;

b) cost mediu/bolnav cu diabet zaharat tratat/an: 1.000 lei;

c) cost mediu/copil cu diabet zaharat insulinodependent automonitorizat/an: 1.440,20 lei, (100 teste/lună);

d) cost mediu/adult cu diabet zaharat insulinodependent/an: 480 lei (100 teste/3 luni).

e) cost mediu/pompă de insulină (pompă + consumabile): 8.115 lei;

f) cost mediu/seturi consumabile pentru pompa de insulină/bolnav/an: 7.616,16 lei;

Natura cheltuielilor programului:

a) cheltuieli pentru medicamente: insulină și antidiabetice orale;

b) cheltuieli pentru materiale sanitare: teste de automonitorizare

c) cheltuieli pentru efectuarea HbA1c.

d) cheltuieli pentru pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea

Unități care derulează programul:

a) Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. dr. N. Paulescu" București;

b) unități sanitare cu secții/compartimente de profil, cabinete medicale de specialitate autorizate și evaluate în condițiile legii, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie;

d) furnizori de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casa de asigurări pentru furnizarea serviciilor medicale paraclinice în ambulatoriu, pe baza contractelor încheiate în acest sens. Decontarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c) se face în funcție de serviciile realizate, în limita sumelor aprobate cu această destinație la nivelul caselor de asigurări de sănătate. Recomandarea pentru efectuarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c) se face de către medicii diabetologi, dar nu mai mult de 2 dozări/bolnav/an. Valabilitatea recomandării este de maximum 90, respectiv 92 de zile calendaristice, după caz.

e) farmacii cu circuit deschis.

f) pentru pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea:

f.1) Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" București;

f.2) centre și unități sanitare cu secții/compartimente de profil, cabinete medicale de specialitate autorizate și evaluate în condițiile legii;

Program național de tratament al bolilor neurologice

Activități:

asigurarea, prin farmaciile cu circuit închis, a tratamentului cu interferonum beta 1a, interferonum beta 1b, glatiramer acetat, natalizumabum pentru bolnavii cu scleroză multiplă;

Criterii de eligibilitate:

1) Scleroză multiplă:

a) vor fi incluși bolnavii:

a.1) cu formă recurent-remisivă și scor EDSS \leq 5,5 (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Copaxone);

a.2) cu sindrom clinic izolat (CIS) cu imagistică sugestivă pentru scleroză multiplă (IRM cerebrală și/sau medulară) și excluderea cu certitudine a unui alt diagnostic etiologic (Avonex, Betaferon, Extavia, Copaxone);

a.3) cu formă secundar progresivă și scor EDSS \leq 6,5 (Betaferon, Extavia);

a.4) cu formă progresivă cu recăderi și scor EDSS \leq 5,5 (Betaferon, Extavia, Rebif);

a.5) care nu au răspuns unei cure complete și adecvate de beta-interferon (indiferent de forma farmaceutică) sau glatiramer-acetat; pacienții trebuie să fi avut cel puțin o recidivă în anul precedent în timp ce se aflau în tratament și să

aibă cel puțin 9 leziuni hiperintense T2 la IRM craniană sau cel puțin 1 leziune evidențiată cu gadolinu (Tysabri);

a.6) cu forma recurent-remisivă severă, cu evoluție rapidă, definită prin 2 sau mai multe recidive care produc invaliditate într-un an și cu 1 sau mai multe leziuni evidențiate cu gadolinu la IRM craniană sau o creștere semnificativă a încărcării leziunilor T2 comparativ cu un examen IRM anterior recent (Tysabri).

b) vor fi excluși bolnavii:

b.1) cu reacții adverse greu de suportat;

b.2) cu imobilizare definitivă (scor EDSS 8);

b.3) care refuză tratamentul;

b.4) femei gravide sau care alăptează;

b.5) apariția unor afecțiuni hematologice grave, hepatice grave sau alte boli asociate grave care ar putea fi influențate negativ de tratamentul specific sclerozei multiple.

c) criterii de schimbare a tratamentului cu un alt medicament imunomodulator:

c.1) agravarea constantă a stării clinice sub tratament;

c.2) apariția de reacții secundare severe sau greu de tolerat sub tratament;

c.3) scăderea complianței bolnavului sub un anumit tratament imunomodulator;

c.4) schimbarea formei clinice evolutive sub un anumit tratament imunomodulator;

c.5) apariția tulburărilor depresive la pacienți tratați cu interferon (pot fi tratați cu Copaxone);

c.6) scăderea eficienței clinice sub tratament cu un imunomodulator de linia I (Avonex, Rebif, Betaferon, Extavia, Copaxone) și cel puțin 2 recăderi în ultimul an necesită inițierea tratamentului cu Tysabri (cu respectarea riguroasă a indicațiilor, contraindicațiilor, metodologiei de inițiere și monitorizare specifice).

Eliberarea medicamentelor specifice se face în baza prescripțiilor medicale conform Registrului de tratament al bolnavilor cu scleroză multiplă.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu scleroză multiplă tratați: 2.500;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav cu scleroză multiplă tratat/an: 42.000 lei;

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice.

Unități care derulează subprogramul:

a) Spitalul Universitar de Urgență București - Clinica de neurologie;

b) Spitalul Clinic Militar Central de Urgență "Dr. Carol Davila" București - Clinica de neurologie;

c) Spitalul Clinic Colentina - Clinica de neurologie;

- d) Spitalul Clinic Universitar Elias - Clinica de neurologie;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
- f) Spitalul Clinic de Recuperare Iași;
- g) Spitalul de Urgență "Prof. Agrippa Ionescu" - Clinica de neurologie;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timiș - Clinica de neurologie;
- i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj - Clinica de neurologie;
- j) Institutul Clinic Fundeni - Clinica de neurologie;
- k) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Alexandru Obregia", București.

Program național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Activități:

- asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a medicamentelor specifice prevenția și tratamentul accidentelor hemoragice ale bolnavilor cu hemofilie și tratamentul cu chelatori de fier pentru bolnavii cu talasemie;

Criterii de eligibilitate:

1) Hemofilia:

- a) bolnavi cu hemofilie și boala von Willebrand, pentru tratamentul accidentelor hemoragice și urgență;
- b) bolnavi cu formă severă de boală, având vârste cuprinse între 1 - 18 ani, pentru tratamentul profilactic al accidentelor hemoragice;
- c) bolnavi cu hemofilie cu anchiloze care necesită intervenție ortopedică și recuperare postoperatorie;
- d) bolnavi cu intervenții chirurgicale.

2) Talasemie majoră:

- a) bolnavi politransfuzati (> 20 transfuzii/an);
- b) bolnavi cu hemosideroză secundară transfuziei.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr de bolnavi cu hemofilie fără intervenție chirurgicală majoră: 1.100;
- b) număr de bolnavi cu hemofilie care necesită intervenții chirurgicale majore pentru artropatii invalidante: 30;
- c) număr de bolnavi cu talasemie: 200;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav cu hemofilie fără intervenție chirurgicală majoră/an: 25.000 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu hemofilie cu intervenție chirurgicală majoră/an: 45.000 lei;
- c) cost mediu/bolnav cu talasemie/an: 37.500 lei;

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice

Unități care derulează subprogramul:

- a) Institutul Național de Hematologie Transfuzională "Prof. Dr. C.T. Nicolau" București;
- b) Clinica de Hematologie Fundeni; Clinica de Pediatrie Fundeni;
- c) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. dr. Alfred Rusescu" București;
- d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- e) Spitalul Clinic Colțea;
- f) unități sanitare cu secții sau compartimente de pediatrie și hematologie;
- g) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie.

Programul național de tratament pentru boli rare

Activități:

1) asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a medicamentelor specifice pentru:

a) tratamentul bolnavilor cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme cronice (polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă, neuropatie motorie multifocală cu bloc de conducere, neuropatie demielinizantă paraproteinică, sindroame neurologice paraneoplazice, miopatie inflamatorie, scleroză multiplă - forme cu recăderi și remisuni la copii sub 12 ani, encefalita Rasmussen) și forme acute - urgențe neurologice (poliradiculonevrite acute, sindrom Guillan-Barre, miastenia - crize miastenice);

b) tratamentul bolnavilor cu osteogeneză imperfectă;

c) tratamentul bolnavilor cu boala Fabry;

d) tratamentul bolnavilor cu boala Pompe;

e) tratamentul bolnavilor cu tirozinemie;

f) tratamentul bolnavilor cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter);

g) tratamentul bolnavilor cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler);

h) tratamentul bolnavilor cu afibrinogenemie congenitală;

i) tratamentul bolnavilor cu sindrom de imunodeficiență primară.

2) asigurarea, în spital, a tratamentului specific pentru bolnavii cu HTAP;

3) asigurarea, în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit deschis a medicamentelor specifice pentru:

a) tratamentul bolnavilor cu scleroză laterală amiotrofică;

b) tratamentul bolnavilor cu mucoviscidoză;

c) tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă;

d) tratamentul bolnavilor cu Sindrom Prader Willi.

4) asigurarea, în spital și în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis a materialelor sanitare pentru tratamentul bolnavilor cu epidermoliză buloasă.

Criterii de eligibilitate:

1) Boli neurologice degenerative/inflamator-imune:

a) bolnavi cu diagnostic cert de boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme cronice (polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă,

neuropatie motorie multifocală cu bloc de conducere, neuropatie demielinizantă paraproteinică, sindroame neurologice paraneoplazice, miopatie inflamatorie, scleroză multiplă - forme cu recăderi și remisii la copii sub 12 ani, encefalita Rasmussen);

b) bolnavi cu diagnostic cert de boli neurologice degenerative/inflamator-imune: forme acute - urgențe neurologice (poliradiculonevrite acute, sindrom Guillan-Barre, miastenia - crize miastenice.

2) Scleroză laterală amiotrofică:

a) bolnavi cu diagnostic cert de scleroză laterală amiotrofică

3) Osteogeneză imperfectă:

a) bolnavii cu diagnostic cert de osteogeneză imperfectă (diagnostic clinic, paraclinic și genetic).

4) Boala Fabry:

a) bolnavii cu diagnostic cert de boala Fabry.

5) Boala Pompe:

a) bolnavii cu diagnostic cert de boala Pompe.

6) Tirozinemie:

a) bolnavi cu diagnostic cert de tirozinemie.

7) bolnavii cu diagnostic cert de mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter);

8) bolnavii cu diagnostic cert de mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler);

9) bolnavii cu diagnostic cert de afibrinogenemie congenitală;

10) bolnavii cu diagnostic cert de sindrom de imunodeficiență primară.

11) Hipertensiune arterială pulmonară:

a) bolnavi diagnosticați conform criteriilor stabilite de Societatea Europeană de Cardiologie, în baza investigațiilor paraclinice de specialitate, cu următoarele forme de HTAP:

a.1) idiopatică/familială,

a.2) asociată cu colagenoze (sclerodermie, lupus eritematos diseminat, poliartrita reumatoidă, boala mixtă de țesut conjunctiv, sindrom Sjogren);

a.3) asociată cu defecte cardiace cu șunt stânga-dreapta de tipul defect septal ventricular, defect septal atrial, canal arterial persistent cât și forma severă de evoluție a acestora către sindrom Eisenmenger;

a.4) de cauză tromboembolică fără indicație de tromboendarterectomie sau cu HTAP persistentă după tromboendarterectomie.

b) criterii de eligibilitate pentru copii:

b.1) grupa de vârstă 0 - 18 ani;

b.2) malformații cardiace congenitale cu shunt stânga-dreapta care evoluează spre hipertensiune arterială pulmonară cu rezistențe pulmonare vasculare crescute, reactive la testul vasodilatator;

b.3) sindrom Eisenmenger;

b.4) malformațiile cardiace congenitale complexe de tip ventricul unic și anastomozele cavopulmonare, cu creșterea presiunii în circulația pulmonară;

b.5) HTAP idiopatică.

c) criteriile de eligibilitate pentru adulți:

c.1) HTAP idiopatică/familială;

c.2) HTAP asociată cu colagenoze;

c.3) HTAP asociată cu defecte cardiace cu shunt stânga-dreapta de tipul defect septal ventricular (DSV), defect septal atrial (DSA), canal arterial persistent (PCA).

d) condiții suplimentare obligatorii:

d.1) pacienți cu HTAP aflați în clasa funcțională II - IV NYHA;

d.2) pacienții la care cateterismul cardiac drept evidențiază o PAPm > 35 mmHg și PAPs > 50 mmHg;

d.3) pacienții a căror distanță la testul de mers de 6 minute efectuat inițial este mai mică de 450 metri. La pacienții cu test de mers de sub 150 (foarte severi) sau imposibil de realizat (comorbidități), testul de mers nu va putea fi folosit ca parametru de eficiență;

d.4) includerea în Registrul Național al pacienților cu HTAP.

12) Mucoviscidoză:

a) bolnavii cu diagnostic cert de mucoviscidoză.

13) Epidermoliză buloasă:

a) bolnavii cu diagnostic cert de epidermoliză buloasă (diagnostic clinic, examen histopatologic);

14) Sindromul Prader Willi

a) bolnavii cu diagnostic cert de Sindrom Prader Willi.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme cronice: 105;

b) număr de bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune forme acute - urgențe neurologice: 171;

c) număr de bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică: 390;

d) număr de bolnavi cu osteogeneză imperfectă: 20;

e) număr de bolnavi cu boala Fabry: 6;

f) număr de bolnavi cu boala Pompe: 2;

g) număr de bolnavi cu tirozinemie: 3;

h) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter): 8;

i) număr de bolnavi cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler): 3;

j) număr de bolnavi cu afibrinogenemie congenitală: 1;

k) număr de bolnavi cu sindrom de imunodeficiență primară: 36;

l) număr de bolnavi cu HTAP tratați: 300;

m) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (adulți): 55;

n) număr de bolnavi cu mucoviscidoză (copii): 290;

o) număr de bolnavi cu epidermoliză buloasă: 83;

p) număr de bolnavi cu sindromul Prader Willi: 13;

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme cronice: 43.304,76 lei;

b) cost mediu/bolnav cu boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgențe neurologice: 22.099,42 lei;

c) cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică: 7.100 lei;

d) cost mediu/bolnav cu osteogeneză imperfectă: 700 lei;

e) cost mediu/bolnav cu boală Fabry: 800.000 lei*);

f) cost mediu/bolnav cu boală Pompe: 1.175.000 lei*);

g) cost mediu/bolnav cu tirozinemie: 130.000 lei;

h) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter): 1.700.000 lei*);

i) cost mediu/bolnav cu mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler): 1.113.000 lei*);

j) cost mediu/bolnav cu afibrinogenemie congenitală: 45.000 lei;

k) cost mediu/bolnav cu sindrom de imunodeficiență primară: 61.000 lei*);

l) cost mediu/bolnav HTAP/an: 57.500 lei;

m) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (aduți): 38.690,91 lei;

n) cost mediu/bolnav cu mucoviscidoză (copii): 32.700 lei;

o) cost mediu/bolnav cu epidermoliză buloasă: 17.036,14 lei;

p) cost mediu/bolnav cu boala Prader Willi: 24.076,92 lei.

*) Costul prevăzut la lit. e), f), h), i) și k) reprezintă costul mediu/bolnav la nivel național, iar repartizarea sumelor se realizează pentru fiecare bolnav în funcție de doza necesară recomandată individual.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice

- materiale sanitare pentru bolnavii cu epidermoliză buloasă (pansamente neaderent atraumatice, bandaje de prindere, fixare a compreselor: autoadezive, elastice, bandaje ajutătoare tubulare, perforate).

Unități care derulează subprogramul:

1) boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme cronice:

Secții/compartimente de specialitate neurologie din:

a) Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București;

b) Spitalul Universitar de Urgență București;

c) Institutul Clinic Fundeni;

d) Spitalul Clinic Colentina;

e) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;

f) Spitalul de Recuperare Iași;

g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;

h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

i) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

j) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinica neurologie pediatrică;

- k) Spitalul de Urgență "Prof. dr. Agripa Ionescu";
- l) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea.
- n) Spitalul Universitar de Urgență Elias
- 2) boli neurologice degenerative/inflamator-imune, forme acute - urgențe neurologice:
 - Secții/compartimente de specialitate neurologie din:
 - a) Institutul Național de Neurologie și Boli Neurovasculare București;
 - b) Spitalul Universitar de Urgență București;
 - c) Institutul Clinic Fundeni București;
 - d) Spitalul Clinic Colentina;
 - e) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași;
 - f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
 - g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;
 - h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - i) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. Al. Obregia" - Clinica neurologie pediatrică;
 - j) Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București.
 - k) Spitalul Universitar de Urgență Elias
 - 3) scleroză laterală amiotrofică:
 - a) farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
 - 4) osteogeneza imperfectă:
 - a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu", București;
 - b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M.S. Curie", București.
 - 5) boala Fabry:
 - a) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj - Secția clinică de nefrologie și dializă;
 - b) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" Iași - Clinica IV pediatrie;
 - c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța - Secția hematologie-interne;
 - d) Spitalul Universitar de Urgență București - Secția clinică neurologie;
 - e) Spitalul Județean de Urgență Focșani.
 - 6) boala Pompe:
 - a) Spitalul Județean de Urgență Ialomița.
- b) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța
 - 7) tirozinemia:
 - a) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Ioan" - Galați;
 - b) Spitalul de Pediatrie Pitești.
 - c) Spitalul Municipal Caracal
 - 8) mucopolizaharidoză tip II (sindromul Hunter):

- a) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare - secția de pediatrie;
- b) Spitalul Municipal Caritas - Roșiorii de Vede;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad - secția de pediatrie;
- d) Spitalul Județean de Urgență Mavromati Botoșani;
- e) Spitalul Clinic de Copii Brașov;
- f) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
- g) Spitalul Județean de Urgență Sf. Gheorghe;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș;
- 9) mucopolizaharidoză tip I (sindromul Hurler):
 - a) Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. dr. Alfred Rusescu" București;
 - b) Spitalul Clinic Municipal „DR. G. Curteanu” Oradea
- 10) afibrinogenemie congenitală:
 - a) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- 11) sindrom de imunodeficiență primară:
 - a) Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca;
 - b) Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare;
 - c) Spitalul Județean Bacău;
 - d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
 - e) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;
 - f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;
 - g) Spitalul Județean de Urgență Deva;
 - h) Spitalul Județean de Urgență Satu Mare;
 - i) Spitalul Județean de Urgență Zalău;
 - j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
 - k) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
 - l) Spitalul Clinic de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila" București;
 - m) Spitalul Clinic de Urgență Arad;
 - n) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu;
 - o) Spitalul Județean de Urgență Buzău.
 - p) Spital Clinic de Copii Brașov
- 12) Mucoviscidoza:
 - a) farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
- 13) Epidermoliza buloasă:
 - a) medicamente: farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
 - b) materiale sanitare:
 - b1) Spitalul Clinic Colentina;
 - b2) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
 - b3) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași;

- b4) Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara;
- b5) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj;
- b6) Spitalul Clinic Județean Mureș.
- 14) Hipertensiune arterială pulmonară:
 - a) pentru copii:
 - a 1) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș - Centrul pentru boli cardiovasculare și transplant;
 - a 2) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca;
 - a 3) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;
 - a 4) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București;
 - b) pentru adulți:
 - b 1) Institutul de Pneumoftiziologie "Prof. Dr. Marius Nasta" București;
 - b 2) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C.C. Iliescu";
 - b 3) Spitalul Clinic de Pneumologie Iași;
 - b 4) Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumologie "Victor Babeș" Timișoara;
 - b 5) Institutul Inimii de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Nicolae Stăncioiu" Cluj-Napoca.
- 15) Sindromul Prader Willi.
 - a) farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Programul național de sănătate mintală

Activități:

- a) asigurarea tratamentului de substituție cu agoniști și antagoniști de opiacee pentru persoane cu toxicodependență;
- b) testarea metaboliților stupefiantelor în urină în vederea introducerii în tratament și pentru monitorizarea tratamentului;

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici:
 - a) număr de bolnavi în tratament substitutiv: 500
 - b) număr de teste pentru depistarea prezenței drogurilor în urina bolnavilor: 15.000;
 - 2) indicatori de eficiență:
 - a) cost tratament de substituție cu metadonă/pacient/an: 2.200 lei;
 - b) cost mediu pe test rapid de depistare a drogurilor în urină: 20 lei;
- Unități care derulează subprogramul:
- a) Activitățile prevăzute la lit. a) și b) sunt derulate de:
 - a.1) Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola;
 - a.2) Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsuri de Siguranță Jebel;

a.3) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca - Secția clinică psihiatrie III acuți - Compartiment toxicomanie;

a.4) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca - Secția toxicomanie copii;

a.5) Spitalul Clinic de Urgență Floreasca București - Secția ATI II toxicologie;

a.6) Spitalul Clinic de Copii "Grigore Alexandrescu" București - Secția toxicologie;

a.7) Spitalul Clinic de Psihiatrie "Al. Obregia" București;

a.8) Centrul de evaluare și tratament al toxicodependenților tineri "Sfântul Stelian" București.

NOTĂ:

*) Implementarea activităților din cadrul Programului național de sănătate mintală se realizează cu respectarea metodologiei elaborate de către Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, cu avizul Comisiei de psihiatrie și psihiatrie pediatrică a Ministerului Sănătății.

Programul național de boli endocrine

Activități:

- asigurarea în spital și în ambulatoriu a medicamentelor specifice pentru tratamentul osteoporozei și al gușei prin tireomegalie datorată carenței de iod și proliferării maligne.

Criterii de eligibilitate:

1. pentru bolnavii cu osteoporoză:

- diagnostic prin absorbtimetrie duală cu raze X (DEXA), după următoarele criterii:

Semnificația coloanei A din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Alfacalcidol

Parametrul măsurat	Alendronat Risedronat Ibandronat Zolendronat Strontiu	Alendronat Risedronat Ibandronat Zolendronat Strontiu	Teriparatid	A	Raloxifen	Calcitonina
Scor T (DS) DEXA	< -2,0	< -2,7	< -3,0	< -2,5	< -2,5	< -2,5
Fracturi fragilitate	+		+ minim o fractură vertebrală severă			fractură vertebrală dureroasă
Alte condiții	Criterii OMS FRAX				nu tolerează bifosonați	

2. pentru bolnavii cu gușă prin tireomegalie datorată carenței de iod:
 - diagnosticul gușei cu/fără complicații, pacient din zona dovedită/cunoscută cu deficit geoclimatic de iod;

3. pentru bolnavii cu gușă prin tireomegalie datorată proliferării maligne:
 - confirmare de proliferare malignă a tiroidei prin puncție biopsie tiroidiană cu ac subțire sau examen histopatologic (postintervenție chirurgicală tiroidiană).

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici: număr de bolnavi tratați: 16.050, din care:
 - a) 7.426 cu osteoporoză;
 - b) 7.699 cu gușă prin tireomegalie cauzată de carența de iod;
 - c) 925 cu gușă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă;
- 2) indicatori de eficiență:
 - a) cost mediu/bolnav cu osteoporoză tratat/an: 420,15 lei;
 - b) cost mediu/bolnav cu gușă prin tireomegalie cauzată de carența de iod/an: 59,75lei;
 - c) cost mediu/bolnav cu gușă prin tireomegalie cauzată de proliferarea malignă/an: 994,59 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului osteoporozei și tratamentului pentru gușă prin tireomegalie, datorată carenței de iod sau proliferării maligne.

Unități care derulează programul:

- a) Institutul Național de Endocrinologie "C.I. Parhon" București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență Elias București;
- c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj;
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sfântul Spiridon" Iași;
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;
- f) Spitalul Clinic Județean Mureș;
- g) Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu;
- h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov;
- i) Spitalul Județean de Urgență Pitești;
- j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova;
- k) Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad;
- l) Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța;
- m) Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea;
- n) Spitalul Județean de Urgență Piatra Neamț;
- o) Spitalul Județean de Urgență Râmnicu Vâlcea;
- p) Spitalul Județean de Urgență "Sfântul Ioan cel Nou" Suceava;
- q) Spitalul Județean de Urgență Sfântu Gheorghe;
- r) Spitalul Județean de Urgență Târgoviște;
- s) Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu;
- t) Spitalul Județean de Urgență Zalău;
- u) Spitalul Județean de Urgență Brăila;

- v) Spitalul Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Galați;
- w) Spitalul Județean de Urgență Baia Mare;
- x) Spitalul Județean de Urgență "Mavromati" Botoșani;
- y) Spitalul Județean de Urgență Bistrița-Năsăud;
- z) Spitalul Județean de Urgență Bacău;
- aa) Spitalul Municipal Câmpulung Muscel;
- ab) Spitalul de Cardiologie Covasna;
- ac) Spitalul Județean de Urgență Deva;
- ad) Spitalul Județean de Urgență Ploiești;
- ae) Spitalul Județean de Urgență Miercurea Ciuc
- af) Spitalul Județean de Urgență Tulcea.
- ag) farmacii cu circuit deschis pentru medicamentele corespunzătoare DCI-ului Teriparatidum

Programul național de ortopedie

Activități:

- asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecțiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare tumorale specifice tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală, pentru tratamentul prin implant segmentar de coloană al pacienților cu diformități de coloană și pentru tratamentul prin chirurgie spinală pentru bolnavii cu patologie tumorală degenerativă sau traumatică.

Criterii de eligibilitate:

1. Tratamentul prin endoprotezare:

- pacienți tineri cu poliartrită reumatoidă sau spondilită anchilopoietică cu pierderea articulațiilor periferice;
- pacienți tineri cu sechele posttraumatice ori după artrite specifice sau nespecifice;
- pacienții vârstei a treia care suferă de maladii degenerative invalidante;
- pacienți în etate care fac fracturi de col femural, extremitatea superioară a humerusului sau cot.

2. Tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală:

- copii cu tumori osoase primitiv maligne;
- adolescenți cu tumori osoase primitiv maligne;
- adulți tineri cu tumori osoase primitiv maligne, cu recidive după tumori benigne agresive sau alte cauze care au dus la pierderi osoase importante;
- adulți în plină activitate cu tumori maligne primitiv osoase sau tumori maligne secundare, cu recidive după tumori benigne agresive, după revizii de endoproteze articulare primare cu distrucții osoase importante sau alte cauze care au provocat distrucții osoase importante.

Fiecare caz la care se indică tratamentul pierderilor osoase importante epifizometafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală se aprobă de către o comisie constituită din:

- medicul șef al secției de specialitate în care este internat bolnavul,
- președintele Comisiei de ortopedie și traumatologie,
- 2 medici șefi de clinică de specialitate (prin rotație),
- un medic de specialitate oncologie, pentru cazurile tumorale.

3. Tratamentul prin instrumentație segmentară de coloană:

- pacienți tineri cu diformități grave de coloană: scolioze, cifoze, cifoscolioze idiopatice sau congenitale, cu afectarea capacității respiratorii și funcției cardiovasculare.

4. Tratamentul prin chirurgie spinală:

- pacienți cu patologie degenerativă sau traumatică asociată cu risc major de invaliditate neurologică gravă și permanentă.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr bolnavi cu afecțiuni articulare endoprotezați: 10.139;
- b) număr bolnavi cu endoprotezare articulară tumorală: 34;
- c) număr bolnavi adulți cu implant segmentar: 500;
- d) număr bolnavi copii cu implant segmentar: 60;
- e) număr bolnavi tratați prin chirurgie spinală: 1.000;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/bolnav endoprotezat: 3.596,02 lei;
- b) cost mediu/bolnav cu endoprotezare articulară tumorală: 50.000 lei;
- c) cost mediu/adult cu implant segmentar de coloană: 1.580 lei;
- d) cost mediu/copil cu implant segmentar de coloană: 5.500 lei;
- e) cost mediu/bolnav tratat prin chirurgie spinală: 520 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli materiale sanitare specifice: endoproteze articulare primare și de revizie, ciment aferent implantării, elemente de ranforsare cotil și metafizodiază femur, endoproteze articulare tumorale, instrumentație segmentară de coloană, sisteme de sinteză și reconstrucție vertebrală/discală (ace și ciment pentru vertebroplastie, truse kifoplastie, cuști intercorporeale (cervicale, toracale, lombare), șuruburi transpediculare, șuruburi transarticulare, sisteme de sinteză pe cale anterioară sau anterolaterală, substituenți osoși).

Unități care derulează programul:

1. Tratamentul prin endoprotezare:

a) unități sanitare cu secții sau compartimente de profil raportoare/înscrise la RNE;

b) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie.

2. Tratamentul bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală prin endoprotezare articulară tumorală:

a) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;

b) Spitalul Clinic de Urgență pentru copii "M. S. Curie" București;

c) Spitalul Clinic de Urgență Copii "Grigore Alexandrescu" București;

d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

e) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Louis Țurcanu" Timișoara;

f) Spitalul Clinic Județean Mureș;

g) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sfânta Maria" Iași

h) Spitalul Clinic Colentina

3. Tratamentul prin implant segmentar de coloană:

a) Spitalul Clinic de Ortopedie-Traumatologie și TBC Osteoarticular "Foișor" București;

b) Spitalul Clinic Colentina;

c) Spitalul Universitar de Urgență București;

d) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" București;

e) Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M. S. Curie" București;

f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

g) Spitalul Clinic de Recuperare Iași;

h) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;

i) Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București;

j) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș;

k) Spitalul Clinic de Copii "Sf. Maria" Iași;

l) Spitalul Clinic Colentina.

4. Tratamentul prin chirurgie spinală:

a) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București;

b) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Nicolae Oblu" Iași;

c) Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca;

d) Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara;

e) Spitalul Clinic Colentina.

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

Activități:

- asigurarea medicamentelor specifice necesare tratamentului în ambulatoriu al stării posttransplant pentru pacienții transplantați;

- asigurarea medicamentelor specifice (imunoglobulină antihepatitică B) pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic.

Criterii de eligibilitate:

a) bolnavi cărora li s-a efectuat transplant și necesită tratament posttransplant;

b) bolnavi cu transplant hepatic infectați cu VHB.

Indicatori de evaluare:

- 1) indicatori fizici:
 - a) număr de bolnavi tratați pentru stare posttransplant: 2.600;
 - b) număr de bolnavi cu transplant hepatic tratați pentru recidiva hepatitei cronice: 160;
 - 2) indicatori de eficiență:
 - a) cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant/an: 20.923 lei;
 - b) cost mediu/bolnav cu transplant hepatic tratat pentru recidiva hepatitei cronice: 35.000 lei.
- Natura cheltuielilor programului:
- a) cheltuieli pentru medicamente specifice tratamentului stării posttransplant;
 - b) cheltuieli pentru medicamente specifice (imunoglobulină antihepatitică B) tratamentului recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic.
- Unități care derulează programul:
1. Tratamentul în ambulatoriu al stării posttransplant pentru pacienții transplantați:
 - farmacii cu circuit deschis, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
 2. Tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienții cu transplant hepatic:
 - Institutul Clinic Fundeni.

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

Activități:

- asigurarea serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților.

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu insuficiență renală cronică în stadiul uremic, care necesită tratament substitutiv renal ($FG < 15 \text{ mL/min/1,73 mp}$).

Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată următoarelor categorii de bolnavi:

- a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei ($eKt/V \geq 1,4$ sau fosfatemie $< 5,5 \text{ mg/dl}$) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;
- b) bolnavi tineri cu șanse mari de supraviețuire prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal;
- c) bolnavi cu polineuropatie "uremică" în ciuda tratamentului eficient prin hemodializă convențională;
- d) bolnavi cu comorbidități cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

Dializa peritoneală automată este indicată următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei peritoneale continue ambulatorii ($Kt/V_{uree} < 1,7$; clearance creatinină 60 l/săptămână ori ultrafiltrat < 1.000 ml/24 ore sau absent sau negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;

b) copiii preșcolari la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;

c) bolnavi cu hernii sau eventrații abdominale, care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din DPCA;

d) bolnavi dializați care pot și vor să urmeze studiile școlare și universitare;

e) bolnavi dializați care pot și vor să presteze activitate profesională;

f) bolnavi cu dizabilități care nu își pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie și la care familia sau asistența la domiciliu poate efectua conectarea și deconectarea de la aparatul de dializă peritoneală automată.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) numărul total de bolnavi tratați prin dializă: 10.761, din care:

a.1) 9.796 prin hemodializă, din care:

- hemodializă convențională: 9.233;

- hemodiafiltrare intermitentă on-line: 563;

a.2) 965 prin dializă peritoneală, din care:

- dializă peritoneală continuă: 912;

- dializă peritoneală automată: 53;

2) indicatori de eficiență:

a) cost/ședință de hemodializă convențională: 472 lei;

b) cost/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line: 536 lei;

c) cost mediu/bolnav tratat prin dializă peritoneală continuă/lună: 4.233,33 lei;

d) cost mediu/bolnav tratat prin dializă peritoneală automată/lună: 5.291,67 lei.

Natura cheltuielilor subprogramului:

a) cheltuieli pentru servicii de suplere renală, inclusiv medicamente specifice [agenți stimulatori ai eritropoiezei (epoetin, darbepoetin), preparate de fier, heparine fracționate sau nefracționate, chelatori ai fosfaților (sevelamerum), agoniști ai receptorilor vitaminei D (alfa calcidol, calcitriol, paricalcitol), calcimimetice (cinacalcet)], materiale sanitare specifice, investigații de laborator, precum și transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților.

Unități care derulează programul:

a) unitățile sanitare publice cu structuri de profil;

- b) unități sanitare private autorizate de Ministerul Sănătății și evaluate în condițiile legii;
- c) unități sanitare aparținând ministerelor cu rețea sanitară proprie care au structuri de profil.

Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Activități:

- asigurarea în spital a materialelor sanitare specifice epurării extrahepatice.

Criterii de eligibilitate:

- pacienți cu insuficiență hepatică de etiologie virală, toxicmedicamentoasă, metabolică (Boala Wilson), cu encefalopatie hepatică, tulburări de coagulare majore, pregătirea unor pacienți în pretransplant de ficat sau a celor ce necesită retransplant de ficat.

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de pacienți tratați prin epurare extrahepatică: 45.

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin epurare extrahepatică/an: 20.000 lei.

Natura cheltuielilor programului:

- cheltuieli pentru materiale sanitare specifice epurării extrahepatice.

Unități care derulează programul:

- a) Institutul Clinic Fundeni;
- b) Institutul Național de Boli Infecțioase, Prof. Dr. Matei Balș;
- c) Spitalul Clinic C.I. Parhon Iași;
- d) Spitalul Clinic de Copii Cluj Napoca - Clinica Pediatrie II - Nefrologie.

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

Structura:

Subprogramul de radiologie intervențională

Activități:

- a) Terapia afecțiunilor cerebrovasculare;
- b) Tratamentul Gamma-Knife al malformațiilor vasculare cerebrale și al tumorilor vasculare profunde inabordabile chirurgical sau cu risc crescut de mortalitate sau morbiditate neurologică grav postoperator;
- c) Implantarea dispozitivelor de stimulare profundă la pacienții cu maladie Parkinson;
- d) Terapia afecțiunilor vasculare periferice;

- e) Terapia unor afecțiuni ale coloanei vertebrale;
- f) Terapia unor afecțiuni oncologice;
- g) Terapia hemoragiilor acute sau cronice post-traumatice sau asociate unor afecțiuni sau unor intervenții terapeutice;

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- a) număr pacienți cu afecțiuni cerebrovasculare tratați: 350;
- b) număr de tratamente Gamma-Knife: 100;
- c) număr de stimulatoare cerebrale implantabile: 10;
- d) număr de pompe implantabile: 6;
- e) număr pacienți cu afecțiuni vasculare periferice tratați: 500;
- f) număr pacienți cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratați: 300;
- g) număr pacienți cu afecțiuni oncologice tratați: 350;
- h) număr pacienți cu hemoragii acute sau cronice tratați: 250;

2) indicatori de eficiență:

- a) cost mediu/pacient cu afecțiuni cerebrovasculare tratat: 8.200 lei
- b) cost mediu/tratament Gamma-Knife: 19.000 lei;
- c) cost mediu/stimulator cerebral: 75.000 lei;
- d) cost mediu/pompă implantabilă: 45.000 lei;
- e) cost mediu/pacient cu afecțiuni vasculare periferice tratat: 3.250 lei;
- f) cost mediu/pacient cu afecțiuni ale coloanei vertebrale tratat: 1.366,67 lei;
- g) cost mediu/pacient cu afecțiuni oncologice tratat: 1.125,71 lei;
- h) cost mediu/pacient cu hemoragii acute sau cronice tratat: 1.360 lei;

Natura cheltuielilor:

Dispozitive medicale si materiale sanitare specifice

Unități care derulează subprogramul:

- a) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București (activitățile: a, b, c, e)
- b) Spitalul Universitar de Urgență București (activitățile: a, c, d, e, f, g);
- c) Spitalul Clinic de Urgență București (activitățile: a, d, f, g);
- d) Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași (activitățile: d, f, g);
- e) Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș (activitățile: a, d, e, f, g);
- f) Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova (activitățile: a, d, e, f, g);
- g) Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. N. Oblu" Iași (activitatea a);
- h) Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof. dr. C.C. Iliescu" București (activitatea d);
- i) Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara (activitățile: a, d);
- j) Clinica de Angiografie și Terapie Endovasculară Hemodinamic București [activitățile: a), d), e), f), g)];
- k) Institutul Regional de Oncologie Iași [activitatea f)].
- l) Spitalul Județean de Urgență „Sf. Ioan cel Nou” Suceava (activitățile a, d, f, g);

l) Spital Clinic de Urgență „Prof. Dr. Agrippa Ionescu”(activitățile a, e, f, g, h)

Subprogramul de diagnostic și tratament al epilepsiei rezistente la tratamentul medicamentos

Obiective:

a) Tratamentul microchirurgical al pacienților cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos

b) Tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui stimulator al nervului vag

Activități:

a) Selecția pacienților pe baza datelor obținute prin monitorizarea electroencefalografică de lungă durată

b) Examenul imagistic prin rezonanță magnetică nativ și cu substanță de contrast, completat cu evaluarea stării psihice, comportamentale ce apreciază capacitatea și rezerva funcțională cerebrală

c) Realizarea procedurilor microchirurgicale neurochirurgicale: monitorizare intraoperatorie prin electrocorticografie, aplicare de electrozi subdurali pe suprafața cortexului sau în profunzimea parenchimului cerebral, rezecția focarului epiteptogen, ghidarea rezecției chirurgicale prin intermediul neuronavigației

d) Folosirea tehnicilor reconstructive în vederea reconstructio ad integrum a pacienților neurochirurgicali

e) Tratamentul epilepsiei rezistente la tratament medicamentos prin implantarea unui stimulator al nervului vag

Criterii de eligibilitate:

Pacienți (copii și adulții cu vârsta cuprinsă între 8 - 45 ani) diagnosticați cu epilepsie focală farmacorezistentă care acceptă riscurile intervenției neurochirurgicale pe baza consimțământului informat și care nu prezintă boli asociate severe (insuficiențe de organ, neoplazii progresive) care cresc riscurile intervenției sau minimalizează beneficiile

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

a) număr pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin proceduri microchirurgicale: 10;

b) număr pacienți cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratați prin implant de stimulator al nervului vag: 5.

2) indicatori de eficiență:

a) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos tratat prin proceduri microchirurgicale: 22.500 lei;

b) cost mediu/pacient cu epilepsie rezistentă la tratament medicamentos cu implant de stimulator al nervului vag: 57.000 lei.

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale: electrozi pentru monitorizarea intraoperatorie EEG și a potențialelor evocate de unică utilizare, canule, conectori, cadru tripod - FHC, catetere pentru drenaj ventricular extern sau intern al LCR, valve și microvalve pentru drenaj LCR, microsenzori pentru monitorizarea presiunii intracraniene, truse pentru monitorizare arterială intraoperatorie, truse de cateterizare venoasă centrală, truse pentru traheostomie percutană, stimulatori ale nervului vag implantabile;

- materiale sanitare: material steril pentru craniotomie, graft dural, hemostatice cerebrale biorezorbabile, ciment steril pentru cranioplastie, material steril rezorbabil pentru cranioplastie, filme și substanțe de dezvoltare pentru imagistica intraoperatorie, substanțe de contrast pentru sistemele imagistice folosite intraoperator.

Unități care derulează subprogramul:

- a) Spitalul Universitar de Urgență București;
- b) Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni" București.

Subprogram de tratament al hidrocefaliei congenitale sau dobândite la copil

Activități:

Asigurarea tratamentului bolnavilor cu hidrocefalie congenitală sau dobândită prin implantarea sistemelor de drenaj ventriculo-peritoneal

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr copii cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratați: 380;

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/copil cu hidrocefalie congenitală sau dobândită tratat: 1.273,68 lei;

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale și materiale sanitare specifice

Unități care derulează subprogramul:

Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar – Arseni București;

Spitalul clinic de urgență pentru copii Marie Curie București;

Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca – Secția Clinică Neurochirurgie;

Spitalul Clinic de Pediatrie Iași;

Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara – Secția Neurochirurgie;

Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș – Secția Neurochirurgie;

Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța – Secția Neurochirurgie.

Subprogramul de tratament al durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Activități:

Tratamentul durerii neuropate prin implant de neurostimulator medular

Criterii de eligibilitate:

- bolnavi cu sindrom postlaminectomie

Indicatori de evaluare:

1) indicatori fizici:

- număr de bolnavi tratați prin implant neuromodular: 4

2) indicatori de eficiență:

- cost mediu/bolnav tratat prin implant neuromodular: 45.000 lei;

Natura cheltuielilor:

- dispozitive medicale si materiale sanitare specifice.

Unități care derulează subprogramul:

Spitalul Universitar de Urgență București.

ANEXA nr. 1 la Normele tehnice

CONTRACT

pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative în anii 2013 și 2014

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte-director general,

și

Unitatea sanitară, cu sediul în, str. nr., telefon, fax, reprezentată prin, având actul de înființare/organizare nr., Autorizația sanitară de funcționare/Raportul de inspecție eliberat de Direcția de sănătate publică prin care se confirmă îndeplinirea condițiilor igienico-sanitare prevăzute de Legea nr., Dovada de evaluare nr., codul fiscal și contul nr., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. deschis la Banca, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, atât pentru furnizor, cât și pentru personalul medico-sanitar angajat valabilă pe toată durata Contractului nr.

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie finanțarea programului/subprogramului din cadrul programelor naționale de sănătate curative

.....
(se specifică fiecare program/subprogram)
pentru asigurarea medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice

.....
(se completează, după caz, în funcție de program/subprogram)
necesare în terapia în spital/în spital și ambulatoriu, conform Hotărârii Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014 și Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014.

III. Durata contractului

ART. 2

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 3

Durata prezentului contract se poate prelungi, cu acordul părților, în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 124/2013.

IV. Obligațiile părților**ART. 4**

Obligațiile casei de asigurări de sănătate sunt:

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

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare conform Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 în limita valorii de contract;

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

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate și, după caz, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190//2013;

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate curative sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

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

ART. 5

Obligațiile unității sanitare sunt:

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

2. să dispună măsuri pentru asigurarea realizării obiectivelor programului/subprogramului național de sănătate curativ și pentru gestionarea eficientă a mijloacelor materiale și bănești;

3. să organizeze evidența cheltuielilor pe fiecare program/subprogram și pe subdiviziunile clasificăției bugetare atât în prevederi, cât și în execuție;

4. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, inclusiv prescrierea și eliberarea medicamentelor/materialelor sanitare din cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

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

7. să monitorizeze consumul total de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit închis în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, cu evidențe distincte, inclusiv pentru denumirile comune internaționale (DCI) aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate și de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, în limita fondurilor stabilite cu această destinație;

8. să asigure acordarea serviciilor medicale și tratamentul specific afecțiunilor cuprinse în programele naționale de sănătate curative asiguraților fără nicio discriminare;

9. să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea: raportări lunare, trimestriale, cumulativ de la începutul anului, și anuale privind sumele utilizate pe fiecare program, indicatorii realizați, precum și evidența nominală în baza codurilor numerice personale, pentru bolnavii tratați în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative ; indicatorii de eficiență reprezintă costul mediu/bolnav tratat și se calculează ca raport între valoarea medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice consumate pentru tratamentul bolnavilor și numărul de bolnavi beneficiari în cadrul fiecărui program, iar pentru serviciile de suplere renală, ca raport între cheltuielile pentru serviciile de suplere renală și numărul de bolnavi dializați;

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

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

12. să organizeze evidența electronică a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, precum și de servicii de suplere renală, după caz, în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative pe baza setului minim de date: CNP bolnav, diagnostic specific concordant cu programul, medicul curant (cod parafă), medicamentele eliberate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

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

14. să informeze asigurații cu privire la derularea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative ;

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

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

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

18. să asigure numai utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamentele ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative aferente tratamentului ambulatoriu; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat și să prescrie medicamentele corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

19. să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale conform dispozițiilor legale;

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

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

22. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare;

23. să raporteze consumul de medicamente/materiale sanitare ce se eliberează în cadrul programelor naționale de sănătate curative conform prevederilor legale în vigoare;

24. să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;

25. în situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la pct. 24 furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

26. să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată trimestrial și anual.

V. Valoarea contractului

ART. 6

1. Sumele se angajează anual în limita sumelor aprobate prin Legea bugetului de stat.

2. Pentru anul 2013 valoarea contractului (se detaliază fiecare program/subprogram) este:

1. lei;
2. lei;
3. lei;

VI. Finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative

ART. 7

Unitatea sanitară prezintă în primele 10 zile lucrătoare ale lunii curente decontul pentru luna precedentă, cuprinzând numărul de bolnavi tratați, valoarea medicamentelor și materialelor sanitare consumate pentru tratamentul bolnavilor, costul mediu pe bolnav, sumele achitate conform ordinului de plată (cu ștampila trezoreriei) cu care s-a achitat contravaloarea facturii pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice procurate în luna precedentă, precum și cererea justificativă, însoțită de copia facturii emise de furnizor pentru medicamentele și/sau materialele specifice aprovizionate pentru luna în curs.

ART. 8

(1) Casa de asigurări de sănătate analizează indicatorii prezentați prin decont, gradul și modul de utilizare a fondurilor puse la dispoziție anterior, precum și stocurile cantitativ-valorice, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la primire.

(2) Validarea facturilor depuse în vederea decontării se realizează în termen de 30 de zile de la data depunerii documentelor justificative.

(3) Decontarea contravalorii facturii prezentate în copie de unitatea sanitară pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice achiziționate, în condițiile legii, se realizează lunar în limita sumei prevăzute în contract și a fondurilor disponibile cu această destinație, în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 9

Unitatea sanitară are următoarele obligații:

1. prin medicii coordonatori:
 - a) răspunde de utilizarea fondurilor primite pentru efectuarea cheltuielilor pentru medicamentele și/sau materialele sanitare specifice;
 - b) răspunde de organizarea evidenței electronice a bolnavilor care beneficiază de medicamentele și/sau materialele sanitare specifice, prescrise în cadrul programelor/subprogramelor, pe baza setului minim de date: CNP bolnav, diagnostic specific concordant cu subprogramul, medicul curant (cod parafă),

medicamentele eliberate, cantitatea și valoarea de decontat, conform schemei terapeutice prescrise, cu respectarea protocoalelor;

c) dispune măsurile necesare aplicării metodologiei de program/subprogram, în vederea asigurării îndeplinirii obiectivelor prevăzute în acesta;

d) răspunde de organizarea, monitorizarea și de buna desfășurare a activităților medicale din cadrul programului/subprogramului;

e) răspunde de raportarea la timp a datelor către casa de asigurări de sănătate, precum și de realitatea și exactitatea acestora;

2. prin contabilul-șef al unității sanitare răspunde de modul de organizare a evidențelor tehnico-operative, de utilizarea sumelor alocate potrivit destinațiilor aprobate, cu respectarea normelor legale în vigoare, de exactitatea și realitatea datelor raportate lunar;

3. solicită începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare.

ART. 10

Casa de asigurări de sănătate controlează trimestrial modul de utilizare a fondurilor alocate și analizează indicatorii prezențați.

ART. 11

(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile furnizorului prevăzute la art. 5, cu excepția obligațiilor prevăzute la pct. 23, 24 și 25, atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

a1. la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a2. la a doua constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a3. la a treia constatare și la următoarele constatări după aceasta, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a4. nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 5 pct. 23 atrage aplicarea unor sancțiuni, după cum urmează:

a4.1) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea unui procent de 3%, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a4.2) reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea unui procent suplimentar de 7% față de procentul prevăzut la lit. a4.1), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective;

a5. nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 5 pct. 24 atrage aplicarea următoarei sancțiuni:

- avertisment - pentru fiecare lună pentru care se constată nerespectarea obligației.

a6. pentru nerespectarea de către unitățile sanitare cu paturi a obligației prevăzute la art. 5 pct. 25, se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse sau neraportate prescrise în cadrul unui trimestru.

(2) Reținerea sumelor conform prevederilor alin. (1) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care sumele prevăzute la alin. (1) lit. a6 depășesc prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(3) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de asigurări de sănătate în tratamentul ambulatoriu.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. a5 și a6 casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe fiecare medic prescriptor.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare furnizor.

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

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile prevederilor de la alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 12

(1) Contractul se modifică în sensul suspendării printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în următoarele situații:

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

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

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

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

e) suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, altul decât cel încheiat pentru

finanțarea programelor naționale de sănătate curative; suspendarea contractului pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative operează pe perioada suspendării contractului de furnizare de servicii medicale spitalicești.

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

VIII. Soluționarea litigiilor

ART. 13

Litigiile apărute pe anii derulării contractului se soluționează de părți pe cale amiabilă. În situația în care părțile nu ajung la o înțelegere, acestea se vor adresa Comisiei de arbitraj sau instanțelor judecătorești competente, după caz.

IX. Clauze speciale

ART. 14

Sumele înscrise în prezentul contract sunt cuprinse în fondurile aprobate pe anul 2013.

ART. 15

Se pot încheia acte adiționale la prezentul contract în situația în care se aprobă modificări în volumul și în structura programului/subprogramului, pe parcursul derulării acestuia.

ART. 16

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului, în conformitate cu prevederile legale. Dacă pe durata derulării prezentului contract expiră termenul de valabilitate a autorizației sanitare, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiția reînnoirii autorizației sanitare pentru toată durata de valabilitate a contractului.

X. Forța majoră

ART. 17

Orice împluternicire independentă de voința părților, intervenită după data semnării prezentului contract și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, mari inundații, embargo.

ART. 18

Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile de la data apariției respectivului caz de forță majoră și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

ART. 19

Dacă nu se procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea la termen.

ART. 20

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

XI. Dispoziții finale**ART. 21**

Orice modificare poate fi făcută numai cu acordul scris al ambelor părți.

ART. 22

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

Prezentul contract s-a încheiat astăzi,, în două exemplare, câte un exemplar pentru fiecare parte, și se completează conform normelor legale în vigoare.

Casa de Asigurări de Sănătate	Furnizor de servicii medicale
Președinte-director general,	Manager,
Director executiv Direcția management și economic,	Director financiar-contabil,
Director executiv Direcția relații contractuale,	Director medical,
Medic-șef,	Directorul pentru cercetare-dezvoltare,
Avizat juridic, contencios	

ANEXA nr. 2 la Normele tehnice

CONTRACT

de furnizare de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

I. Părțile contractante:

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr. ..., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte-director general,

și

Societatea comercială farmaceutică, reprezentată prin

Farmaciile care funcționează în structura unor unități sanitare din ambulatoriul de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, reprezentată prin

având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fax e-mail, și punctul de lucru în comuna, str. nr.,

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative

ART. 2

Furnizarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind sublista C - secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără

contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, reglementărilor Hotărârii Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, precum și a reglementărilor Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190//2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014;

ART. 3

Furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare se va desfășura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societății comerciale:

1. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

2. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

3. din, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/județul, telefon/fax, cu Autorizația de funcționare nr. /, eliberată de, dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. /, farmacist

NOTĂ:

Se vor menționa și oficiile locale de distribuție cu informațiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014.

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părților în situația prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 124/2013;

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de

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

b) să deconteze, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea medicamentelor și materialelor sanitare conform normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190//2013, în limita fondurilor aprobate;

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

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate și, după caz, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190//2013;

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea, precum și sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor/materialelor sanitare expirate;

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

B. Obligațiile furnizorilor de medicamente

ART. 7

Furnizorii de medicamente au următoarele obligații:

1. să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista C - secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați;

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

3. să dețină documente justificative privind intrările și ieșirile pentru medicamentele și materialele sanitare eliberate în baza prescripțiilor medicale raportate spre decontare;

4. să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării de către casele de asigurări de sănătate a contravalorii medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative;

5. să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013, cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;

6. să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor.

Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluați pentru îndeplinirea acestei obligații;

7. să întocmească și să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative: factură și alte documente justificative prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013; sumele prevăzute în factură și medicamentele și materialele sanitare din documentele justificative însoțitoare prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor de la pct. 23;

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

9. să funcționeze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

10. să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum și a materialelor sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, precum și cu privire la modul de utilizare a acestora, conform prescripției medicale; să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

23. să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situația medicamentelor și materialelor sanitare eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

24. să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, conform prevederilor legale în vigoare;

25. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

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

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

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

29. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare în cadrul programelor naționale de sănătate curative; medicamentele/materialele sanitare menționate anterior eliberate în alte condiții nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

31. să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate pe care le derulează, precum și execuția înregistrată trimestrial și anual.

VI. Modalități de plată

ART. 8

(1) Decontarea medicamentelor și materialelor sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripții medicale, cu înscrierea numărului de

ordine al bonului fiscal și a datei de emitere a acestora. Pe borderou fiecare prescripție medicală poartă un număr curent care trebuie să fie același cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripția medicală. Borderoul va conține și codul de parafă al medicului, precum și codul numeric personal al asiguratului.

(2) Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se repartizează stabilindu-se în acest sens o valoare orientativă a contractului care se defalchează pe trimestre și luni.

(3) Valoarea orientativă a contractului pentru eliberarea de medicamente și materiale sanitare în cadrul programelor naționale de sănătate curative este de:
..... lei

Trimestrul I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

Trimestrul II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

Trimestrul III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

Trimestrul IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei

NOTĂ:

Se specifică pentru fiecare program/subprogram de sănătate.

ART. 9

(1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

ART. 10

(1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, se aplică următoarele măsuri:

1. la prima constatare - avertisment;
2. la a doua constatare - diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
3. la a treia constatare - diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28 și 29, se aplică următoarele măsuri:

1. la prima constatare - avertisment;
2. la a doua constatare - diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;
3. la a treia constatare - diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

(3) Pentru nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 2 nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situație, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoștința casei de asigurări de sănătate printr-o declarație scrisă.

(4) Reținerea sumei conform alin. (1) și (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, și se aplică la nivel de farmacie.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1), casa de asigurări de sănătate ține evidența distinct pe fiecare furnizor.

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

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile prevederilor de la art. 10 se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 11

(1) Decontarea contravalorii medicamentelor și materialelor sanitare specifice care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate curative se face în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor și a acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor și a borderourilor centralizatoare.

ART. 12

Plata se face în contul nr., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr., deschis la Banca

VII. Răspunderea contractuală

ART. 13

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14

Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților.

VIII. Clauză specială

ART. 15

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului, și care împiedică executarea acestuia este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, încetarea și suspendarea contractului

ART. 16

(1) Prezentul contract de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

2. dacă din motive imputabile farmaciei aceasta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

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

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

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

6. odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1); pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societății a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie din structura societății farmaceutice; dacă la nivelul societății comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1), pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași farmacie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul;

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

8. la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28 și 29; pentru nerespectarea obligației de la art. 7 pct. 2 nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declarație scrisă;

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

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

(2) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare (farmacii cu circuit deschis) pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

ART. 17

(1) Contractul de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative încetează în următoarele situații:

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

(2) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare pentru derularea programelor naționale de sănătate curative încetează în condițiile încetării contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

ART. 18

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

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

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 pct. 28, în condițiile în care furnizorul de medicamente/materiale sanitare face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a farmaciei și dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

ART. 19

(1) Pentru societățile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcționează mai multe farmacii, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) pct. 6 - 8 și pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 6, 13 și 22, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) pct. 8 - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 18 și condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 alin. (1) pct. 8 - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 7 și 23 se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea lor din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 17 și 18 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societății comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv officinelor locale de distribuție, după caz.

(2) În situația în care prin farmaciile excluse din contractele încheiate între societățile comerciale farmaceutice și casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente și/sau materiale sanitare care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societățile comerciale respective pentru toate farmaciile/officinele locale de distribuție cuprinse în aceste contracte.

ART. 20

(1) Situațiile prevăzute la art. 16 și la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2), a3) și alin. (1) lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) și alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

X. Corespondența

ART. 21

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 22

(1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de

modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înainte de data de la care se dorește modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

ART. 23

În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

ART. 24

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu puțință spiritului contractului.

XII. Soluționarea litigiilor

ART. 25

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente și materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative în cadrul sistemului de asigurări de sănătate a fost încheiat astăzi,, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate
 Președinte - director general,

Director executiv
 Direcția economică,

Director executiv
 Direcția relații contractuale,

Vizat juridic, contencios

Furnizor de medicamente și
 materiale sanitare
 Reprezentant legal

ANEXA 3 la Normele tehnice

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative

I. Părțile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul/orașul, str. nr., județul/sectorul, telefon/fax, reprezentată prin președinte-director general,

și

Laboratorul de investigații medicale paraclinice organizat conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată:

- laboratorul individual, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, având sediul în municipiul/orașul, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin medicul titular

- laboratorul asociat sau grupat, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin medicul delegat

- societatea civilă medicală, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin administratorul

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înființată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare,, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentată prin

Laboratoare din structura spitalului, inclusiv cele din rețeaua ministerelor și instituțiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin, în calitate de reprezentant legal al unității sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic și tratament/Centrul medical - unități medicale cu personalitate juridică, având sediul în municipiul/orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon fix/mobil, adresă de e-mail, fax, reprezentat prin

II. Obiectul contractului

ART. 1

Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice pentru programul/subprogramul național de sănătate curativ

.....
(se specifică fiecare program/subprogram)

conform Hotărârii Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014 și Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2

Furnizorul din asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice prestează asiguraților serviciile medicale cuprinse în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013, respectiv:

a)

b)

ART. 3

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative se face de către următorii medici sau biolog, chimist, biochimist:

a) Medic/ sau biolog, chimist, biochimist

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

b) Medic

Nume: Prenume:

Specialitatea:

Codul numeric personal:

Codul de parafă al medicului:

Program zilnic de activitate

c)

.....

IV. Durata contractului

ART. 4

Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2014

ART. 5

Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părților în condițiile prelungirii duratei de aplicabilitate a Hotărârii Guvernului nr. 124/2013.

V. Obligațiile părților

A. Obligațiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6

Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligații:

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

b) să deconteze furnizorilor, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii cu privire la condițiile de contractare pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative suportate

din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și cu privire la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate și, după caz, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative, respectiv respectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013;

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

g) să recupereze de la furnizorii care derulează programe/subprograme naționale de sănătate sumele reprezentând contravaloarea investigațiilor paraclinice, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de acestea;

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

B. Obligațiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7

Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligații:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale paraclinice furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

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

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

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

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

6. să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidențele obligatorii, cele cu regim special și cele tipizate, inclusiv lunar, trimestrial și anual machetele de raportare a indicatorilor specifici aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

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

9. să depună la casa de asigurări de sănătate, în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului, avizul direcției de sănătate publică privind programul de lucru; în situația în care programul avizat de direcția de sănătate publică este diferit față de cel prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, programul de lucru prevăzut în contract se modifică în consecință;

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

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la programele naționale de sănătate curative;

12. să asigure serviciile medicale paraclinice ce se acordă asiguraților în cadrul programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative fără nicio discriminare;

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

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

15. să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice:
 - pentru dozarea hemoglobinei glicozilate la bolnavi cu diabet zaharat, medicului care a făcut recomandarea (transmiterea rezultatelor se poate face și prin intermediul asiguratului);
16. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
17. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;
18. să efectueze investigațiile medicale paraclinice, respectiv dozarea hemoglobinei glicozilate numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiția ca medicul diabetolog care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;
19. să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
20. să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
21. să facă mentenanță și să întrețină aparatele din laboratoarele de investigații medicale paraclinice, conform specificațiilor tehnice, iar controlul intern și înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;
22. să deponă la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declarație pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;
23. să întocmească evidențe distincte și să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;
24. să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;
25. să asigure prezența unui medic specialist în medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialitate în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi, respectiv de 7 ore, programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de

medic/medici de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv;

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

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

28. să transmită lunar, odată cu raportarea, documentele necesare în vederea decontării prevăzute în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013;

29. să solicite începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

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

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

32. să publice pe site-ul propriu bugetul de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția înregistrată trimestrial și anual.

VI. Modalități de plată

ART. 8

Modalitatea de plată în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu este:
Programul național de diabet zaharat - dozarea hemoglobinei glicozilate
- tarif/dozare hemoglobină glicozilată: 19 lei,
conform Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tariful negociat	Numărul de servicii	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
TOTAL		X	X	

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 190/2013.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toți furnizorii.

Suma anuală contractată este lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I lei,

din care:

- luna I lei

- luna II lei

- luna III lei

- Suma aferentă trimestrului II lei,

din care:

- luna IV lei

- luna V lei

- luna VI lei

- Suma aferentă trimestrului III lei,

din care:

- luna VII lei

- luna VIII lei

- luna IX lei

- Suma aferentă trimestrului IV lei,

din care:

- luna X lei

- luna XI lei

- luna XII lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre și luni și se regularizează lunar.

ART. 9

Decontarea serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative se face lunar, în termen de până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii și a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea și exactitatea datelor raportate, prin semnătura reprezentanților legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10

Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11

Pentru neîndeplinirea obligațiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părți daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12

(1) Orice împrejurare independentă de voința părților, intervenită după data semnării contractului și care împiedică executarea acestuia, este considerată forță majoră și exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forță majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluție, cutremur, marile inundații, embargo.

(2) Partea care invocă forța majoră trebuie să anunțe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariției respectivului caz de forță majoră și să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul județ, respectiv municipiul București, prin care să se certifice realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea forței majore și, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunțarea în termenele prevăzute mai sus a începerii și încetării cazului de forță majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părți prin neanunțarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluțiunea contractului.

ART. 13

Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nicio obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancțiuni, condiții de reziliere, suspendare și încetare a contractului

ART. 14

(1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit și nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 7 pct.1, 2,3, 5, 6, 7,8, 9, 11, 12, 13, 14, și 16 se aplică următoarele sancțiuni:

1. la prima constatare, avertisment scris;

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

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată că serviciile raportate de către acești furnizori conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situații;

(3) Reținerea sumelor conform alin. (1) și (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situații:

1. 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;

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

3. dacă se constată expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

4. dacă se constată expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

5. dacă se constată nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

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

7. la a treia constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligațiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 5,6,7,8,9,10,11,12,13, 14 și 18;

8. în cazul nerespectării obligației prevăzute la art. 7 pct. 25 pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

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

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

11. refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menționate la art. 7 pct. 24;

12. în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 7 pct. 15, 20, 21, 23, 27, și 31;

13. odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1), precum și la prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (2); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern 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 măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) de câte 3 ori pe 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 de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeași filială sau de către același punct de lucru din structura sa, la a treia constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situații și se modifică corespunzător contractul.

(2) Contractul încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru derularea programelor naționale de sănătate curative se reziliază de plin drept, ca urmare a rezilierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice.

ART. 16

(1) Contractul încetează cu data la care a intervenit una dintre situațiile următoare:

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

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

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

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

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

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

(2) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru derularea programelor naționale de sănătate curative, încetează în condițiile încetării contractului de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice.

ART. 17

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

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

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 7 pct. 31, în condițiile în care furnizorul de servicii medicale paraclinice face dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea dovezii de evaluare a furnizorului, actualizarea dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, precum și a dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare;

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

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

ART. 18

Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate și pentru care au încheiat contract cu aceasta, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 pct. 5 și 11, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 pct. 6 - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 10, condițiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 pct. 7 - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 pct. 5, 6 și 17 - se aplică la nivel de societate; restul condițiilor de reziliere

prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situații, prin excluderea acestora din contract și modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 și 17 referitoare la condițiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societății comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19

(1) Situațiile prevăzute la art. 15 și la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) și a3) se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situațiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se dorește încetarea contractului.

XI. Corespondența

ART. 20

(1) Corespondența legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părților.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 3 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părți contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21

(1) În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiționale, după caz, în limita fondurilor aprobate programelor naționale de sănătate curative, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor inițiale.

ART. 22

Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părțile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putință spiritului contractului.

ART. 23

Prezentul contract se poate modifica prin negociere și acord bilateral, la inițiativa oricărei părți contractante, sub rezerva notificării scrise a intenției de modificare și a propunerilor de modificare cu cel puțin zile înaintea datei de la care se dorește modificarea. Modificarea se face printr-un act adițional semnat de ambele părți.

XIII. Soluționarea litigiilor**ART. 24**

(1) Litigiile legate de încheierea, derularea și încetarea ori alte pretenții decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluționate între furnizori și casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluționează de către Comisia de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanțele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate a fost încheiat azi, în două exemplare a câte pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

Casa de Asigurări de Sănătate
 paraclinice

Președinte-director general,

Director executiv
 Direcția economică,

Director executiv
 Direcția relații contractuale,

Vizat juridic, contencios

Furnizor de servicii medicale

Reprezentant legal,

EDITOR: GUVERNUL ROMÂNIEI



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 634169