



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 181 (XXV) — Nr. 172

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Vineri, 29 martie 2013

SUMAR

Nr.	Pagina
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI	
124.	— Hotărâre privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014 1–16

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014

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

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — (1) Se aprobă programele naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, precum și structura și obiectivele acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

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

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

a) de către Ministerul Sănătății — programele naționale de sănătate publică;

b) de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate — programele naționale de sănătate curative.

Art. 2. — Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014, denumite în continuare *norme tehnice*, se aprobă după cum urmează:

a) prin ordin al ministrului sănătății, pentru programele naționale de sănătate publică;

b) prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu avizul Ministerului Sănătății, pentru programele naționale de sănătate curative.

Art. 3. — (1) Programele naționale de sănătate publică se finanțează de la bugetul Ministerului Sănătății, din bugetul de stat și din venituri proprii, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

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

(3) 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.

(4) 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.

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

Art. 4. — (1) Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

(3) Unitățile de specialitate sunt:

a) instituții publice;

b) furnizori publici de servicii medicale;

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

d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale.

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

Art. 5. — (1) Programele naționale de sănătate curative elaborate, derulate și finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt prevăzute la lit. B din anexă.

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

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

Art. 6. — (1) Ministerul Sănătății repartizează direcțiilor de sănătate publică, unităților sanitare din rețeaua sanitară proprie, precum și instituțiilor din subordine fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate publică prevăzute la lit. A din anexă, în condițiile legii.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare *case de asigurări de sănătate*, fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate curative prevăzute la lit. B din anexă, în baza indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

Art. 7. — (1) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate sunt cuprinse în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților de specialitate prin care acestea se implementează.

(2) Sumele prevăzute la alin. (1) se publică pe site-ul Ministerului Sănătății, detaliat pe județe și pe fiecare unitate de specialitate prin care se implementează.

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

(4) Sumele aprobate pentru derularea programelor naționale de sănătate publică se alocă lunar, la solicitările unităților de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, întocmite pe baza cererilor fundamentate ale unităților de specialitate, însoțite de documentele justificative prevăzute în normele tehnice.

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

(6) Pentru programele naționale de sănătate finanțate prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2013, 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, în condițiile prevăzute în normele tehnice.

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

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

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

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

Art. 8. — (1) Raporturile stabilite între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate sunt raporturi juridice civile, care vizează acțiuni multianuale, ce se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract cu valabilitate până la data de 31 decembrie 2014.

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

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

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

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

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

(7) 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.

Art. 9. — Unitățile sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative au următoarele obligații:

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

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

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

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

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

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

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

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

i) să transmită casei de asigurări de sănătate în primele 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 de sănătate curative;

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

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

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

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

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

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

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

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

r) 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;

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

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

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

ț) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia, în vederea acordării medicamentelor/materialelor sanitare;

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

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

Art. 10. — Furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, au următoarele obligații:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista C secțiunea C2 din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații,

cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare, fără a încasa contribuție personală pentru acest preț de la asigurați;

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

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

d) 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;

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

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

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

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

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

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

Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și puse la dispoziție de către aceasta;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ț) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum și de materiale sanitare

specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

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

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

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

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

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

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

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

ab) 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;

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

Art. 11. — Furnizorii de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile paraclinice în cadrul unor programe naționale de sănătate curative au următoarele obligații:

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

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

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

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale în cadrul unor programe naționale de sănătate curative; factura este însoțită

de documentele justificative privind activitățile realizate, atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ș) 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;

t) 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;

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

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

v) 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;

w) 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;

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

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

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

aa) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia 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;

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

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

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

Art. 12. — Furnizorii de servicii de dializă aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru furnizarea de servicii de dializă au următoarele obligații:

a) să furnizeze serviciile în conformitate cu Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu

modificările ulterioare, precum și cu standardele privind evaluarea, certificarea sau licențierea medicală a furnizorilor de servicii medicale pentru operarea centrelor de dializă ori furnizarea serviciilor și să utilizeze numai medicamente și materiale sanitare, aparatură și echipament aferent autorizate pentru a fi utilizate în România; normele de evaluare, certificare sau licențiere medicală ulterioare datei semnării contractului se vor aplica furnizorului;

b) să furnizeze serviciile pacienților asigurați cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, care optează pentru efectuarea tratamentului în centru, fără niciun fel de discriminare, folosind metodele cele mai eficiente de tratament, în limita numărului de bolnavi pe tipuri de dializă incluși în program;

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

d) să solicite documente care să ateste că pacienții sunt asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

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

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

g) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, potrivit legislației în vigoare;

h) să ofere informații asiguraților despre serviciile acordate, precum și despre modul în care vor fi furnizate acestea și să acorde consiliere în scopul prevenirii îmbolnăvirilor și al păstrării sănătății;

i) să respecte confidențialitatea prestației medicale;

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

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

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

m) să informeze pacienții cu privire la pachetul de servicii de bază și la obligațiile lor în relație contractuală cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și la obligațiile pacienților referitoare la actul medical;

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

o) să răspundă de efectuarea și de calitatea transportului nemedical al pacienților pentru hemodializă: hemodializă convențională sau hemodiafiltrare intermitentă on-line, prevăzuți în contract, precum și de transportul lunar al medicamentelor și

materialelor sanitare pentru pacienții cu dializă peritoneală continuă sau automată, prevăzuți în contract;

p) să organizeze evidența indicatorilor de performanță ai tratamentului elaborați de comisia de specialitate a Ministerului Sănătății și să raporteze datele on-line Registrului renal român în formatul cerut de acesta;

q) să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate, în original, în două exemplare, și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea;

r) să transmită caselor de asigurări de sănătate raportări lunare, trimestriale, cumulat de la începutul anului și anuale privind indicatorii realizați, în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare încheierii perioadei pentru care se face raportarea;

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

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

t) să îndeplinească condițiile suspensive în termenul prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

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

Art. 13. — (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 9 și în contractele încheiate de unitățile sanitare cu paturi cu casa de asigurări de sănătate pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative atrage aplicarea unor sancțiuni de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:

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

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

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

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

e) nerespectarea obligației prevăzute la art. 9 lit. u) atrage reținerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru, prin aplicarea unui procent suplimentar de 7% față de procentul prevăzut la lit. d), pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract de către furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor

incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment la prima constatare;

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

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

(3) În cazul în care se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 10 lit. a)—c), e)—h), j)—w) și y)—aa), se aplică următoarele măsuri:

a) avertisment la prima constatare;

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

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

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

(5) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, precum și pentru nerespectarea de către aceștia a obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. a)—c), e)—n) și p), se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

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

(6) 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.

(7) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii de dializă a obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. c)—f), h)—j), l)—m) și p)—r), se va diminua contravaloarea serviciilor de dializă după cum urmează:

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

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

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

(8) Reținerea sumelor conform alin. (1)—(7) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate din cadrul programului național curativ. În cazul furnizorilor de medicamente, reținerea sumei conform alin. (2)—(4) se aplică la nivel de farmacie.

(9) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1)—(7) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, pentru finanțarea programelor/subprogramelor naționale de sănătate curative.

(10) Pentru situațiile prevăzute la alin. (1)—(7), casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, țin evidența distinct pe fiecare furnizor.

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

Art. 14. — (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv casele de asigurări de sănătate, după caz, aflate în relații contractuale cu furnizori de servicii de dializă, au următoarele obligații:

a) încheie contracte cu furnizorii de dializă autorizați și evaluează, în condițiile legii;

b) monitorizează activitatea și calitatea serviciilor efectuate de furnizor, incluzând, dar fără a se limita la, monitorizarea sistemului de control intern al calității și evidențele furnizorului;

c) urmărește derularea contractului și modul de îndeplinire a obligațiilor asumate de furnizor;

d) decontează furnizorului serviciile contractate și prestate, pe baza facturii însoțite de declarația de servicii lunară privind activitatea realizată, în urma verificării și validării acestora de către casa de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

e) monitorizează numărul serviciilor medicale furnizate; trimestrial se reevaluează volumul serviciilor, ținându-se cont de serviciile furnizate în trimestrul respectiv, proporțional cu perioada de contract rămasă de executat, cu încadrarea în bugetul aprobat;

f) verifică scriptic și faptic modul de îndeplinire a obligațiilor contractuale asumate de furnizor în baza contractului;

g) efectuează controlul serviciilor de dializă efectuate de furnizori.

(2) Casele de asigurări de sănătate aflate în relații contractuale cu furnizorii pentru finanțarea programelor/subprogramelor de sănătate curative, denumiți *furnizori*, au obligațiile prevăzute la alin. (1), precum și următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii autorizați și evaluați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală pentru tratamentul ambulatoriu/furnizare de servicii medicale paraclinice/furnizare de servicii spitalicești, în condițiile legii, 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 aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract;

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

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

e) să efectueze prin structurile de specialitate și, după caz, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate controlul derulării programelor/subprogramelor de sănătate curative, respectiv îndeplinirea obligațiilor contractuale de către

furnizorii cu care se află în relație contractuală, conform prevederilor normelor tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

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

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

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

(3) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe lângă obligațiile prevăzute la alin. (1), are obligația de a transmite Ministerului Sănătății, la termenul prevăzut în normele tehnice, în vederea publicării pe site-ul acestuia, a bugetului de venituri și cheltuieli aprobat pentru fiecare dintre programele naționale de sănătate curative pe care le derulează, precum și execuția pe parcursul derulării acestora, detaliat pentru fiecare casă de asigurări de sănătate și unitate de specialitate.

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

Art. 15. — (1) Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente, respectiv farmacii cu circuit deschis, pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate curative, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 11 lit. o), ș), t), u), y) și ab);

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

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

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

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

c) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate a

serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an; nu se reziliază contractul în situația în care vina nu este exclusiv a furnizorului de dializă și este adusă la cunoștința casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de către furnizor printr-o declarație scrisă;

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

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

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

g) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la art. 12 lit. a), g), k), o) și t).

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

Art. 16. — (1) Contractul de furnizare de medicamente/materiale sanitare/servicii medicale paraclinice încetează de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

a) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

b) acordul de voință al părților;

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

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

Art. 17. — (1) Contractul pentru finanțarea de medicamente și/sau materiale sanitare specifice care se acordă în cadrul unor programe/subprograme curative, încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitățile sanitare cu paturi, se suspendă printr-o notificare scrisă în următoarele situații:

a) una sau mai multe secții nu mai îndeplinesc condițiile de asigurare a serviciilor medicale, respectiv nu mai pot asigura

tratamentul specific bolnavilor incluși în cadrul programelor/subprogramelor de sănătate curative; suspendarea se face până la îndeplinirea condițiilor obligatorii pentru reluarea activității;

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

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

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

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

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

Art. 18. — Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de medicamente/materiale sanitare, respectiv farmacia cu circuit deschis, se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

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

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

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

Art. 19. — Contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

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

cel încheiat pentru finanțarea programelor naționale de sănătate curative;

b) nerespectarea obligației prevăzute la art. 11 lit. ac), 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. 20. — (1) Modelele de contracte pentru derularea programelor naționale de sănătate sunt prevăzute în normele tehnice.

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

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

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

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

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

(7) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2013—2014 se efectuează în limita sumelor disponibile aprobate cu această destinație, în ordine cronologică, după cum urmează:

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

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

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

(8) Farmaciile cu circuit deschis care pot elibera medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și altele asemenea, care se acordă pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate, sunt selectate în condițiile prevăzute în Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat conform legii.

Art. 21. — (1) Sumele alocate pentru programele naționale de sănătate se cuprind în bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților sanitare publice, respectiv în veniturile furnizorilor privați de servicii medicale prin care acestea se derulează și se utilizează potrivit destinațiilor stabilite.

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

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

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

Art. 22. — (1) Ministerul Sănătății, în calitatea sa de unitate de achiziții publice centralizată, desemnată în condițiile legii, efectuează, la nivel național, achiziții centralizate de medicamente, materiale sanitare și altele asemenea, pentru implementarea programelor naționale de sănătate nominalizate prin normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății sau, după caz, al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

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

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

(5) Pentru medicamentele și materialele sanitare care se acordă pentru tratamentul bolnavilor cu HIV/SIDA, respectiv tuberculoză, contractele subsecvente acordurilor-cadru se încheie de către unitățile de specialitate desemnate prin normele tehnice.

(6) Metodologia privind încheierea și derularea contractelor de achiziții publice pentru medicamentele, materialele sanitare și altele asemenea necesare tratamentului bolnavilor cu HIV/SIDA, respectiv tuberculoză, se aprobă prin normele tehnice.

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

Art. 23. — (1) Medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea, eliberate prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se acordă bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate curative, se suportă la nivelul prețului de decontare. Prescrierea medicamentelor în ambulatoriu se face utilizându-se denumirea comună internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical în fișa medicală a pacientului, precum și în cazul produselor biologice, prescrierea se face pe denumire comercială, cu menționarea în prescripție și a denumirii comune internaționale (DCI) corespunzătoare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru formele farmaceutice cu administrare orală, precum și pentru 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;

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

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

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

(13) Medicamentele care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu HIV/SIDA și tuberculoză se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe, pe bază de prescripție medicală/condică medicală. În vederea justificării consumurilor de medicamente specifice acordate în cadrul programelor, aceste prescripții/file de condică se depun la unitățile de specialitate prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al ministrului sănătății, împreună cu borderoul centralizator și rapoartele de gestiune ale farmaciei cu circuit închis.

Art. 24. — (1) Testele pentru automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotratați se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

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

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

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

Art. 25. — (1) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea în tratamentul ambulatoriu a medicamentelor cu și fără contribuție personală, precum și a medicamentelor/materialelor sanitare specifice ce se asigură bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate curative; modelul descripției medicale electronice și normele metodologice privind utilizarea și modul de completare al acesteia se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

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

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

(4) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, cu modificările ulterioare. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, pentru anii 2013 și 2014.

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

(6) În situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la alin. (5), 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 electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

(7) În cazul în care în derularea contractului/convenției se constată nerespectarea obligației prevăzute la alin. (6), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.

(8) Verificarea îndeplinirii obligației prevăzute la alin. (6) se realizează trimestrial și cumulată de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, de către casele de asigurări de sănătate, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a

componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.

(9) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (7) 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 suma prevăzută la alin. (7) depășește prima plată, recuperarea sumelor se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii.

(10) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (7) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate pentru derularea programelor naționale de sănătate curative în tratamentul ambulatoriu.

(11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (7), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare program/subprogram național de sănătate curativ și pe fiecare medic prescriptor.

Art. 26. — (1) Pentru realizarea atribuțiilor și activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate, unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate pot aplica prevederile art. 49 alin. (3)—(6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

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

Art. 27. — (1) Asigurarea asistenței tehnice și managementului programelor naționale de sănătate publică se realizează prin unități de asistență tehnică și management al programelor naționale organizate ca structuri organizatorice fără personalitate juridică din cadrul instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății.

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

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

(4) Desemnarea instituțiilor publice din subordinea Ministerului Sănătății în cadrul cărora se organizează unitățile de asistență tehnică și management al programelor naționale de sănătate, structura organizatorică, atribuțiile acestora, precum și orice alte condiții necesare funcționării lor se aprobă în condițiile art. 53 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare.

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

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

Art. 28. — (1) Ministerul Sănătății poate încheia contracte cu unitățile aflate sub autoritatea sa, în condițiile prevăzute de legislația din domeniul achizițiilor publice.

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

Art. 29. — (1) Realizarea imunizării copiilor din grupele eligibile pentru vaccinare, stabilite conform calendarului național de imunizare, precum și realizarea campaniilor de vaccinare suplimentare decise de Ministerul Sănătății sau direcțiile de

sănătate publică, ca măsuri de sănătate publică sau în situații epidemiologice cu risc crescut de îmbolnăvire, sunt obligatorii pentru toți medicii de familie și medicii care deservesc unitățile sanitare și unitățile de învățământ, în condițiile legii.

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

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

Art. 30. — La implementarea programelor naționale de sănătate finanțate din bugetul Ministerului Sănătății sunt admise pierderi sau scăderi cantitative de medicamente, vaccinuri, reactivi și altele asemenea, în limitele maxime de perisabilitate conform normelor tehnice.

Art. 31. — Cheltuielile angajate, lichidate și ordonanțate în cadrul prevederilor bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate în anul precedent și neplătite până la sfârșitul acestuia se vor plăti în anul curent din creditele bugetare aprobate pentru programele naționale de sănătate pentru anul în curs.

Art. 32. — Sumele aprobate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate în anii 2013 și 2014 se utilizează după cum urmează:

a) pentru realizarea obiectivelor și activităților desfășurate în anii 2013 și 2014;

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

Art. 33. — În vederea derulării în bune condiții a programelor naționale de sănătate, în urma evaluărilor trimestriale ale indicatorilor specifici și în funcție de realizarea obiectivelor și

activităților propuse se stabilește modul de alocare a resurselor rămase neutilizate.

Art. 34. — În cadrul programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, modalitatea de plată a serviciilor de dializă efectuate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate sau cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate este, după caz, tarif pe ședință de hemodializă convențională, tarif pe ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line, tarif/pacient cu dializă peritoneală continuă/an și tarif/pacient cu dializă peritoneală automată/an, tarife care sunt exprimate în lei și sunt prevăzute în normele tehnice aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. 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.

Art. 35. — (1) Pentru tehnica de calcul și programele informatice achiziționate în vederea derulării Programului național privind evaluarea stării de sănătate a populației în asistența medicală primară, a căror stare tehnică permite exploatarea lor în continuare, se încheie noi contracte de comodat între direcțiile de sănătate publică și cabinetele de medicină de familie.

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

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

Art. 36. — Unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate au obligația să respecte prevederile Legii nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 37. — Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 aprilie 2013.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:
Ministrul sănătății,
Gheorghe-Eugen Nicolăescu
Viceprim-ministru, ministrul finanțelor publice,
Daniel Chițoiu
Ministrul delegat pentru buget,
Liviu Voinea

București, 27 martie 2013.
Nr. 124.

ANEXĂ

STRUCTURA

programelor naționale de sănătate și obiectivele acestora pentru anii 2013 și 2014

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

STRUCTURĂ:

I. Programele naționale de boli transmisibile

1. Programul național de imunizare

Obiectiv:

Protejarea sănătății populației împotriva principalelor boli care pot fi prevenite prin vaccinare

Structură:

1. Subprogramul de vaccinări obligatorii

2. Subprogramul de vaccinări opționale pentru grupele de

risc

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

Obiectiv:

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

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

Obiective:

a) reducerea morbidității asociate cu infecția HIV;

b) reducerea transmiterii verticale a infecției HIV;

c) reducerea transmiterii pe cale sexuală de la pacient HIV pozitiv la persoana neinfectată HIV prin utilizarea tratamentului antiretroviral;

d) tratamentul bolnavilor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere;

e) prelungirea duratei de supraviețuire pentru persoanele infectate HIV.

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

a) reducerea prevalenței și a mortalității TB;

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

c) tratamentul bolnavilor cu tuberculoză;

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

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

Obiectiv:

Creșterea calității serviciilor medicale în unitățile sanitare cu paturi prin reducerea riscului la infecție nosocomială

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

Obiectiv:

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

III. Programul național de securitate transfuzională

Obiectiv:

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

IV. Programele naționale de boli netransmisibile

1. Programul național de depistare precoce activă a cancerului de col uterin

Obiectiv:

Depistarea precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolaou la populația feminină eligibilă în regim de screening

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

Obiective:

a) prevenirea depresiei și a suicidului;

b) promovarea sănătății mintale la locurile de muncă;

c) asigurarea accesului la programe de sănătate mintală specifice pentru copii și adolescenți.

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

Obiective:

a) creșterea numărului de donatori vii, donatori aflați în moarte cerebrală, precum și de donatori fără activitate cardiacă;

b) coordonarea activităților de transplant;

c) asigurarea testării imunologice și virusologice a potențialilor donatori, precum și a receptorilor;

d) asigurarea suplării fiziologice a organelor aflate în insuficiență cronică ireversibilă și/sau înlocuirea țesuturilor nefuncționale prin transplant de organe, țesuturi și/sau celule;

e) evaluarea periodică a pacienților transplantați;

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

g) tratamentul infertilității cuplului.

Structură:

3.1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

3.2. Subprogramul de transplant de celule stem hematopietice periferice și centrale

3.3. Subprogramul de fertilizare in vitro și embriotransfer

4. Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

Prevenirea și depistarea precoce a afecțiunilor endocrine cu impact major asupra stării de sănătate a populației, în scopul scăderii morbidității prin gușă datorată carenței de iod și complicațiilor sale

5. Programul național de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice

6. Programul național de management al registrelor naționale

Obiectiv:

Dezvoltarea, implementarea și managementul registrelor naționale ale bolnavilor cronici

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

Obiectiv:

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

Structură:

1. Subprogramul de promovare a unui stil de viață sănătos

2. Subprogramul de prevenire și combatere a consumului de tutun

3. Subprogramul de supraveghere a stării de sănătate a populației

VI. Programul național de sănătate a femeii și copilului

Obiective:

a) creșterea accesului și a calității serviciilor specifice de sănătate a reproducerii pentru prevenirea sarcinilor nedorite, morbidității și mortalității materne;

b) regionalizarea îngrijirilor perinatale pentru copiii cu greutate mică la naștere sau alte patologii grave în perioada perinatală;

c) realizarea screeningului la naștere al unor afecțiuni cu un potențial invalidant și posibilități de prevenție a handicapului;

d) ameliorarea stării de nutriție a gravidei și a copilului;

e) depistarea precoce și prevenirea secundară a unor complicații la unele boli cronice ale copilului.

Structură:

1. Subprogramul pentru ameliorarea stării de nutriție a gravidei și copilului

2. Subprogramul de sănătate a copilului

3. Subprogramul de sănătate a femeii

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

STRUCTURĂ:

Programul național de boli cardiovasculare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare prin:

a) proceduri de cardiologie intervențională;

b) proceduri de chirurgie cardiovasculară;

c) proceduri de chirurgie vasculară.

Programul național de oncologie

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice

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

Obiectiv:

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

Programul național de diabet zaharat

Obiective:

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

Programul național de tratament al bolilor neurologice

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu scleroză multiplă

Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie

Programul național de tratament pentru boli rare

Obiectiv:

Tratamentul bolnavilor cu boli rare prevăzute în normele tehnice

Programul național de sănătate mintală

Obiectiv:

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

Programul național de boli endocrine

Obiectiv:

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

Programul național de ortopedie

Obiectiv:

Asigurarea tratamentului:

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

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

Obiective:

- a) tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu a pacienților cu transplant;

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

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

Obiectiv:

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

Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice

Obiectiv:

Tratamentul pacienților cu insuficiență hepatică prin epurare extrahepatică

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

Obiective:

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

Structură:

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

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 637191